

SENATO DELLA REPUBBLICA

III LEGISLATURA

(N. 2071 e 2071 bis-A)

RELAZIONE DELLA II^a COMMISSIONE PERMANENTE

(IGIENE E SANITA')

(RELATORE BONADIES)

SUL

DISEGNO DI LEGGE

approvato dalla Camera dei deputati nella seduta del 19 giugno 1962
(V. Stampato n. 3602)

presentato dal Ministro del Tesoro

di concerto col Ministro del Bilancio

Trasmesso dal Presidente della Camera dei deputati alla Presidenza
il 25 giugno 1962

Comunicata alla Presidenza il 6 settembre 1962

Stato di previsione della spesa del Ministero della sanità per l'esercizio
finanziario dal 1° luglio 1962 al 30 giugno 1963

INDICE

CAP. I. - GENERALITA'	Pag. 3
CAP. II. - MEZZI FINANZIARI E LIMITI DI COMPETENZA DEL MINISTERO DELLA SANITA'	» 5
CAP. III. - POLITICA OSPEDALIERA IN ITALIA	» 7
CAP. IV. - QUALIFICAZIONE DEGLI OSPEDALI	» 12
CAP. V. - MEDICI OSPEDALIERI	» 13
CAP. VI. - OSPEDALI PSICHIATRICI	» 14
CAP. VII. - CASE DI CURA PRIVATE	» 15
CAP. VIII. - PERSONALE AUSILIARIO DELLE ARTI SANITARIE	» 16
CAP. IX. - MEDICINA SOCIALE	» 18
CAP. X. - MALATTIE VENEREE	» 18
CAP. XI. - LA LEBBRA	» 20
CAP. XII. - MORBO DI COOLEY	» 21
CAP. XIII. - TUBERCOLOSI	» 21
CAP. XIV. - TUMORI	» 23
CAP. XV. - POLIOMIELITE	» 25
CAP. XVI. - MEDICINA SCOLASTICA	» 26
CAP. XVII. - SERVIZIO SANITARIO SCOLASTICO NELLE COLONIE	» 28
CAP. XVIII. - CURA E RICOVERO DEI MINORATI FISICI E PSICHICI	» 29
CAP. XIX. - INCIDENTI STRADALI	» 30
CAP. XX. - LARINGECTOMIZZATI	» 32
CAP. XXI. - EDUCAZIONE SANITARIA	» 32
CAP. XXII. - FARMACIE	» 33
CAP. XXIII. - FRODI E SOFISTICAZIONI ALIMENTARI	» 34
CAP. XXIV. - SCUOLE DI DIETETICA	» 37
CAP. XXV. - MEDICINALI	» 37
CAP. XXVI. - ENTI VIGILATI DAL MINISTERO DELLA SANITA'	» 38
CAP. XXVII. - CENTRI PER MALATTIE SOCIALI	» 40
CAP. XXVIII. - SERVIZI VETERINARI	» 42
CONCLUSIONI	» 43
DISEGNO DI LEGGE	» 45

ONOREVOLI SENATORI. — Sento innanzi tutto il gradito dovere di ringraziare l'illustre Presidente della 11^a Commissione igiene e sanità del Senato, senatore Lorenzi, succeduto al mai abbastanza compianto onorevole Benedetti così immaturamente rapito al Senato ed alla nostra presidenza, per avermi egli accordato la fiducia di redigere la relazione sul bilancio della sanità per l'esercizio finanziario 1962-63: e lo ringrazio in maniera particolare per avermi dato tale prova di fiducia ad appena due anni dacchè io avevo redatto altra simile relazione in associazione con il senatore Caroli.

Spero di non deludere l'aspettativa del Presidente e dei colleghi: essi vorranno certamente considerare la brevità del tempo che mi è stato concesso e la stagione che, proprio quest'anno caldissima, non era propizia ad un lavoro come quello che si propone di trattare gli importanti argomenti della sanità che interessano il nostro Paese. Se vi saranno delle mende, se vi saranno della incompletezza, e certo vi saranno! essi certamente, mi vorranno assolvere.

CAP. I.

GENERALITA'

La Sanità pubblica: ieri ed oggi

Il bilancio della sanità che noi, onorevoli colleghi, ci accingiamo a discutere ha un preciso significato: con questa relazione che viene presentata all'attenzione del Senato si deve fare il punto della situazione sanitaria del Paese.

Esaurito il consuntivo, senza nessuna intenzione di assumere un atteggiamento critico per quel che si poteva fare e non si è fatto, giacchè non sempre, purtroppo, alla

volontà degli uomini corrisponde la realizzazione delle opere ideate e preventivate per cause ed eventi non prevedibili (e qui si deve fare un elogio al senatore Giardina che in due anni nei quali ha diretto il Ministero della sanità molti provvedimenti ha proposto e realizzato per il miglioramento della nostra situazione sanitaria) si deve ora passare allo studio del preventivo. E questo preventivo non si può fare ovviamente che sulla base delle cifre stanziare nel bilancio che noi siamo qui per discutere. Sulla base di queste cifre si deve tracciare un piano programmatico che tenga conto delle necessità del Paese che sono sempre maggiori a mano a mano che progredisce la medicina scientifica e che si fa più viva nei cittadini la esigenza sociale della tutela della salute. Il diritto alla salute del resto è stabilito dalla nostra Costituzione senza alcuna distinzione. La norma è stata posta al di fuori dei rapporti economici e compresa fra quelle disciplinanti i rapporti etico sociali (titolo secondo): e ciò perchè, come dice Antonio Segni, « si è voluto affermare solennemente questo diritto della personalità che indirettamente è anche tutore dell'interesse pubblico ».

Sempre secondo Antonio Segni « la tutela della salute è oggi considerata un impegno complesso comportante una organizzazione sanitaria attrezzata sul piano educativo e profilattico oltre che sul piano propriamente terapeutico ».

Sono queste delle proposizioni lapidarie che attestano come il legislatore, già nello stadio preparatorio della Costituzione italiana, considerava di enorme importanza il problema della tutela della salute.

Per queste importanti considerazioni occorre quindi esaminare la possibilità di tracciare un piano sanitario che tenga conto

di queste impostazioni programmatico-costituzionali e proponga una dinamica di sviluppo intesa a creare una organicità adeguata ai tempi che viviamo oggi e che sono tanto diversi da quelli di ieri.

Questo piano potrà e dovrà essere tracciato con ogni cura dagli organi competenti della Sanità sulla scorta degli elementi in suo possesso con una potente volontà realizzatrice tenendo particolarmente conto del lato tecnico della materia che ha subito una grande evoluzione ed è ancora e sarà in evoluzione progressiva.

La medicina, con i suoi immensi rapidi progressi, è mutata sul piano applicativo in tutti i Paesi civili del mondo: sicchè mentre nella cura delle malattie già costituite si esauriva prima di ora tutta l'azione sanitaria, oggi questo non è più sufficiente. Si vuole sempre più da questa nostra arte sanitaria in continua ascensione di progresso. Si afferma oggi il concetto nuovo della prevenzione che è già connaturato con il diritto alla salute di cui già si è detto. « Meglio prevenire che curare »: ecco lo *slogan* su cui si deve muovere oggi la nostra volontà realizzatrice. E su questo piano di medicina preventiva deve essere basato tutto il coordinamento dei servizi sanitari posti a disposizione di una popolazione nella quale l'educazione sanitaria sia bene conosciuta e messa in pratica da tutti i cittadini che devono mostrarsi convinti e fiduciosi in ogni momento di collaborare con le pubbliche istituzioni.

Ma vi è ancora un altro lato interessante in un piano del genere: la medicina preventiva, oltre che sul piano salutare si impone alla nostra attenzione anche per una ragione di ordine economico anche se non si esaurisce tutta nella sola economia. Deve ritenersi valida oggi la massima secondo la quale prevenire una malattia costa meno che curarla e che in fondo esiste una netta connessione tra stato di salute di un popolo e il suo sviluppo economico. Oggi, con i progressi della medicina e di tutte le altre branche con essa collegate, la medicina preventiva deve acquistare una importanza di primo piano ed entrare nella coscienza di tutti i cittadini i quali devo-

no sentirsi tutti difensori di quel bene inestimabile che è la salute!

Da ciò nasce l'esigenza di completare, e in certi settori mutare, addirittura, l'indirizzo della nostra azione sanitaria.

Come la medicina moderna deve essere preventiva, così il medico moderno non può non conoscere a fondo il mondo fisico e biologico in cui l'uomo moderno vive e cioè le determinanti ambientali in cui nascono e si sviluppano le malattie. Per conseguenza il medico moderno, per la comprensione di fattori endogeni ed esogeni che agiscono nella patologia umana, non può prescindere dalla conoscenza della climatologia, dell'igiene del suolo, dell'igiene dell'acqua, dell'igiene dell'abitato, del vestiario, dell'ambiente di lavoro, dell'ambiente di svago, dell'alimentazione. Egli cioè non sarà solo medico guaritore, nè solo studioso di batteriologia che vive isolato nel suo laboratorio, ma uomo che si occupa a fondo dell'ambiente in cui l'uomo vive.

È urgente perciò che l'organizzazione sanitaria italiana affronti più decisamente il problema della prevenzione e lo disciplini nel senso del massimo coordinamento nel campo delle responsabilità tecniche di vigilanza e di controllo: della partecipazione attiva dei cittadini illuminati da una buona preparazione igienica sanitaria: della sintesi più accorta e quanto mai precoce delle rilevazioni diagnostiche, cliniche e strumentali: della eliminazione, o quanto meno, della riduzione dei fattori ambientali dannosi e delle varie cause di morte.

Si tratta in sostanza di fare in modo che si possano applicare contemporaneamente un complesso di interventi specialistici differenti di ordine profilattico, clinico e igienistico su individui preparati a dare istintivamente una partecipazione attiva per assicurare il successo dell'opera assistenziale dello Stato nello stesso interesse della collettività nazionale.

È ovvio che tutto ciò richiede una larga e costosa attrezzatura anche strumentale che lo Stato deve approntare ed è per ciò che i fondi a disposizione del Ministero della sanità dovranno essere sempre più cospicui per raggiungere delle mete soddisfacenti.

In conclusione, in un periodo in cui l'economia italiana va assumendo una espansione di notevole entità, il che è ammesso ormai da tutti gli Stati del mondo, anche i servizi sanitari devono dilatarsi proporzionalmente perchè essi sono parte essenziale ed integrante di qualsiasi processo evolutivo e, di conseguenza, senza di essi non è concepibile un progresso economico.

CAP. II.

MEZZI FINANZIARI E LIMITI DI COMPETENZA DEL MINISTERO DELLA SANITA'

Senonchè per esercitare le funzioni alle quali abbiamo genericamente accennato e quelle altre che, a mano a mano, andremo indicando, mancano al Ministero della sanità due cose importantissime:

- 1) i mezzi finanziari;
- 2) la necessaria competenza per esercitare queste funzioni.

1) Mezzi finanziari. Infatti la cifra di 57 miliardi che il presente bilancio mette a disposizione del Ministero della sanità per tutti quei servizi che esso è chiamato a controllare è ben poca cosa rispetto alle necessità obiettive. Con tale somma si è determinato un incremento di soli 4.259 milioni oltre la somma di 350 accantonati negli appositi fondi speciali del Ministero del tesoro con riferimento ai provvedimenti legislativi in corso per la profilassi della poliomielite (500 milioni) e per i sussidi ai lebbrosi ed alle loro famiglie (30 milioni) rispetto all'esercizio precedente che fu da tutti ritenuto ugualmente insufficiente. La esiguità del bilancio si direbbe, quasi, voglia rappresentare una limitazione dell'azione di detto Ministero, cioè come dice l'onorevole Barbieri nella relazione fatta all'altro ramo del Parlamento, si vuole assegnare a questo Ministero solo « un generico potere di vigilanza » mentre sfuggono naturalmente al suo controllo tutte quelle spese, e sono tante, che il Ministero è costretto a compiere nel Paese per esercitare la sua azione.

2) Competenze. Al Ministero della sanità sfuggono poi le attività sanitarie degli altri Ministeri, come per esempio quello della Difesa, delle Poste e telecomunicazioni, degli Interni, eccetera: ogni Ministero fa da sé come faceva un tempo quando non esisteva un Ministero della sanità e c'era presso il Ministero dell'interno solo una Direzione generale della sanità.

Ma quel che più conta, ed è cosa grave da tutti riconosciuta, è che al Ministero della sanità sfugge completamente l'assistenza mutualistica che, con la cospicua spesa di 1.200 miliardi di lire, eroga a mezzo degli Istituti mutualistici l'assistenza sanitaria a più di 45 milioni di cittadini: quanto dire di quasi tutta la popolazione della Repubblica italiana. Il che dimostra in maniera evidente che al Ministero della sanità sfugge proprio l'organizzazione di quello che vi è di più vivo nel campo sanitario. Quasi tutta la medicina socializzata è nelle mani del Ministero del lavoro e della previdenza sociale. Con ciò, è evidente, il Ministero del lavoro esercita un suo incontestabile diritto, che gli deriva dalla legge istituzionale del suo Ministero. Ma allora non si concepisce perchè è stato costituito il Ministero della sanità se esso non doveva avere alcuna ingerenza in queste azioni che sono così squisitamente sanitarie. Se si vuole che l'azione sanitaria nel nostro Paese vada per una strada giusta sia modificata la legge che attribuisce al Ministero del lavoro e della previdenza sociale funzioni che non gli spettano.

È necessario insistere su questo punto relativo alla competenza fino all'inverosimile, perchè sia possibile ottenere quella revisione di competenze che attribuisca al Ministero della sanità il controllo di tutte le attività sanitarie; perchè fino a quando ciò non sarà compiuto, inutili e sterili saranno tutte le nostre discussioni, anche se condotte, come sono condotte, con volontà realizzatrice.

Parlando sulle dichiarazioni del Governo di centro sinistra Fanfani il 13 marzo 1962, fu detto (Bonadies) « Bisogna prima di tutto che il Ministero della sanità cessi di es-

sere l'eterna Cenerentola ed acquisti finalmente una sua efficienza per essere in condizione di stabilire e promuovere al centro ed alla periferia quegli ordinamenti e quelle programmazioni che sono necessarie per una riforma dei servizi sanitari che si impone nel mutato clima sanitario di tutto il mondo ». E più avanti, parlando di competenza si diceva: « La gravità della situazione attuale richiede una radicale trasformazione nel senso che al Ministero della sanità devono essere attribuiti *tutti* i compiti che si riferiscono alla salute pubblica, mentre oggi purtroppo il Ministero della sanità è soltanto un semplice spettatore di quello che in campo sanitario nazionale fanno gli altri Ministeri. In sostanza le competenze dell'attuale Ministero della sanità restano oggi quelle che erano le competenze della Direzione generale della sanità quando questo era l'unico organo che si occupava di sanità del Paese e, si può aggiungere, anche quelle che erano le competenze dell'Alto Commissariato dell'igiene e sanità istituito dopo la guerra. Con l'istituzione del Ministero della sanità nulla è cambiato, perchè nessun Ministero ha voluto rinunciare a quelle che erano le sue prerogative in campo sanitario. Da questa situazione è nato quell'immobilismo della sanità italiana che mal si concilia con i progressi grandiosi e quasi vertiginosi compiuti dalla medicina e dall'igiene in questi ultimi cinquanta anni. Con questo naturalmente non si vuol dire che gli altri Ministeri devono completamente disinteressarsi dei problemi sanitari che sono connessi direttamente con le attività che essi svolgono, ma vuol dire che il Ministero della sanità deve potere svolgere con la massima ampiezza e profondità la sua azione di organizzazione e di controllo perchè ad esso vada sia il merito dei risultati che si raggiungono e sia la responsabilità di quello che non si fa o si fa male.

E che questo che diciamo nel campo delle competenze del Ministro della sanità sia vero lo ha ammesso lo stesso Ministro della sanità, senatore Jervolino, quando ha risposto alla Camera dei deputati agli oratori che avevano rilevato gli stessi fatti che qui noi stiamo mettendo in evidenza. Il Ministro

disse testualmente: « Convinto come sono che una saggia politica sanitaria richiede un organismo che abbia unica ed assoluta responsabilità di iniziativa, di direzione, di controllo, senza interferenza di altri Ministeri, appena iniziai la mia attività mi dedicai immediatamente allo studio del problema del coordinamento di tutta l'attività sanitaria nell'ambito del Ministero della sanità. Ciò facendo — prosegue il Ministro — adempivo all'impegno solenne assunto dal Governo per bocca del Presidente del Consiglio e realizzavo i suggerimenti dati da tutti i parlamentari e da quanti si interessano, per competenza, del problema. Posso ora comunicare alla Camera — prosegue il Ministro — che il disegno di legge elaborato a tal fine dal mio Ministero è all'esame dei dicasteri interessati. Se le mie proposte saranno approvate dal Consiglio di Ministri e successivamente dal Parlamento la legge istitutiva 13 marzo 1958, n. 296, corretta, integrata e perfezionata consentirà al Ministero della sanità di assolvere i suoi compiti organicamente ed efficacemente. Saranno così eliminati — prosegue il Ministro — i non pochi inconvenienti denunziati e si potrà nella disciplina unitaria anche dei mezzi economici che sono imponenti ma non del tutto utilizzati in modo razionale, potenziare ed estendere i servizi igienico-sanitari necessari alla intera popolazione ».

Queste dichiarazioni che il Ministro della sanità faceva alla Camera dei deputati a conclusione della discussione del bilancio della Sanità 1962-63, sono state in altre circostanze dallo stesso Ministro ripetute e ribadite: il che conferma la volontà del ministro Jervolino di portare finalmente a termine questa questione di tanta importanza. Non c'è che da augurarsi quindi che non sorgano altri conflitti fra il Ministero della sanità ed altri Ministeri, specie Lavoro ed Interni, e che si possa giungere finalmente ad un risultato che elimini certe distonie e certi sfasamenti che si oppongono alla realizzazione del nostro programma sanitario.

Per quanto si riferisce alla somma totale assegnata al Ministero della sanità, il ministro Jervolino ha ammesso egli stesso nelle

dichiarazioni fatte alla Camera che detta somma non è adeguata assolutamente ai bisogni vari e numerosi dei servizi sanitari. E pertanto sembra inutile fermarsi ulteriormente su tale questione. Solo noi auspichiamo che l'azione del ministro Jervolino sia sempre vigile e vigorosa come egli ha dimostrato di essere quando è stato a capo di altri Ministeri, e che quindi sia possibile realizzare altri vantaggi economici anche a questo Ministero al quale soprintende per degnamente assolvere quei compiti ai quali la sanità non può rinunciare senza venir meno ai suoi doveri istituzionali.

CAP. III.

POLITICA OSPEDALIERA IN ITALIA

L'Ente di gestione degli ospedali o « Nazionalizzazione degli ospedali »

Passando ora ad analizzare partitamente i vari aspetti della politica sanitaria del nostro Paese, il primo problema in ordine di importanza che si presenta al nostro esame è quello che si riferisce alla cosiddetta « crisi degli ospedali ».

Su questo argomento è necessario fermare particolarmente la nostra attenzione, onorevoli colleghi, per esaminare con tutta la possibile diligenza i gravi aspetti di questo problema, che mentre commuove la pubblica opinione per certi episodi talora inconcepibili per un Paese civile, reclama da noi legislatori una risoluzione od una soluzione che non può essere ulteriormente procrastinata.

Gli episodi dolorosi che la cronaca giornalistica, con una certa frequenza, presenta all'attenzione del pubblico e che si riferiscono a malati che, non accettati in ospedale per mancanza di posti letto disponibili, vedono peggiorare il loro già precario stato di salute, o, peggio, spesso decedono per assoluta mancanza di assistenza sanitaria ospedaliera, non possono non attirare l'attenzione di tutti i cittadini e particolarmente di quelli che si occupano per competenza di problemi sociali e sanitari. Chi vie-

ne a conoscenza di queste dolorose vicende di cronaca non può non chiedersi perchè non si sia provveduto finora e non si provveda ancora adeguatamente a questi bisogni primari dei cittadini della Repubblica e come sia possibile che permanga oggi, anno 1962, ventesimo secolo, in un Paese come il nostro, in evidente ascesa economica, che ci viene invidiata da Paesi più progrediti di noi, questa situazione di così grave carenza. Si chiedono i cittadini come mai non si cerca di provvedere con la più grande urgenza a questo stato di cose in così stridente contrasto coi prodigi che si compiono in campo industriale, in campo commerciale, nel campo dei trasporti senza contare quelli che si compiono nel campo aeronautico.

È necessario risolvere questo problema, onorevoli colleghi, perchè non è concepibile più una così grave carenza in questo settore proprio nel nostro Paese dove la Chiesa nella esplicazione della sua missione caritativa fu la prima a creare quella organizzazione ospedaliera che ci fu per tanti secoli invidiata e da cui tutto il resto del mondo prese le mosse per la sua attuale azione sanitaria.

Alcuni osservatori, con una visione che forse si potrebbe considerare miope e che denuncia una scarsa competenza del settore, pensano di attribuire questo stato di cose esclusivamente ad una mancanza numerica di posti letto e ritengono per conseguenza che tutto si possa risolvere con la costruzione di quei tanti posti letto ritenuti necessari in base al dettato dell'Organizzazione mondiale della sanità che stabilisce la proporzione di 10 letti, in media, per ogni mille abitanti. Basta costruire nuovi ospedali, si dice disinvoltamente, e nella proporzione dei letti mancanti, e tutto si risolve. Non sembra che il problema si possa guardare e risolvere con codesto semplicismo.

Occorre prima di tutto tener presente un fatto che è della massima importanza e che si riferisce all'attuale situazione degli ospedali. L'ospedale che, in tempi passati, rappresentava il luogo dove un ammalato aggravato cercava un intervento estremo per non morire, è diventato oggi il « Centro della

LEGISLATURA III - 1958-62 — DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

salute»: pertanto questo istituto, prima non richiesto, se non in circostanze eccezionali, oggi viene assunto come l'ambiente, spesso unico, dove sia possibile guarire di una malattia già manifesta o dove si possa anche controllare il proprio stato fisico anche all'infuori di una malattia in atto (medicina preventiva).

Da ciò nasce quell'incremento di ricoveri che è alla base della crisi degli ospedali.

Da una relazione riportata nella rivista « I problemi della sicurezza sociale » del maggio-giugno 1962 riportiamo i dati dei ricoveri ospedalieri riferiti ad un decennio.

Volendo dare un quadro del continuo incremento — riferisce l'Autore — ci riferiamo ai dati dell'ultimo decennio dell'Istituto nazionale per l'assicurazione contro le malattie.

È da rilevare subito che quell'accelerazione riscontrata nella frequenza delle spedalizzazioni nel 1955-56 dipende dal maggior riscontro a questa prestazione da parte di pensionati, il cui numero per gli assistiti dell'I.N.A.M. è passato, nello stesso periodo, da 2.560.707 unità (nel 1955) a 4.640.000 unità (nel 1961). Invero, di contro ad una frequenza media nel 1961 per tutte le categorie assicurate pari all'8,74 per cento, per i pensionati è stata del 10,99 per cento,

Anni	Assicurati	Casi di spedalizzazione	Frequenza di spedalizzazione
1952	11.285.663	751.101	4,91
1953	16.676.413	835.331	5,04
1954	17.049.847	899.985	5,28
1955	15.879.272	949.081	5,62
1956	20.094.728	1.176.284	5,85
1957	21.083.133	1.328.082	6,31
1958	21.568.221	1.518.806	7,04
1959	22.532.819	1.732.037	7,69
1960	23.747.764	1.916.672	8,07
1961	24.807.003	2.168.000	8,74
1962	26.000.000	2.400.000	9,23

Sorge qui l'interrogativo se è da considerare raggiunto il pieno regime di questa assistenza. La risposta, fatto il raffronto con le statistiche di altri Paesi, è negativa.

Nel solo settore della malattia in fase acuta e della maternità la frequenza delle spedalizzazioni, escluse quelle per infortunio, malattie professionali, tubercolosi e manicomiali, rientranti nella competenza di altri Enti, dovrebbe arrivare a circa l'11 per cento degli assicurati. C'è quindi da colmare

ancora, rispetto alla frequenza registrata dall'I.N.A.M. pari all'8,74 per cento, una differenza superiore al 2 per cento riferita alla generalità degli assistiti.

Ma se si guarda alla distribuzione della frequenza nelle varie zone, troviamo che in quelle a più grande sviluppo industriale la media di pieno regime è già raggiunta e in qualche zona superata: invece nelle zone agricole rimane molto al di sotto. Le cause? Sono principalmente due, interdipendenti.

L'una è provocata dalla depressione economico-sociale che, a sua volta, ritarda l'educazione sanitaria; l'altra si identifica nella carenza e nelle insufficienze degli ospedali.

Dimostrativo il raffronto fra la disponibilità territoriale di posti per acuti negli ospedali generali e specializzati e la frequenza delle spedalizzazioni sempre riferite all'I.N.A.M.

Italia Settentrionale - posti letto 6,03 per mille - spedalizzazioni 9,45 per cento.

Italia Centrale - posti letto 4,82 per mille - spedalizzazioni 8,30 per cento.

Italia Meridionale e Insulare - posti letto 2,23 per mille - spedalizzazioni 4,68 per cento.

Da rilevare ancora che molte spedalizzazioni per assicurati delle regioni meridionali ed insulari si riversano negli ospedali di altre regioni perchè più organizzati e più attrezzati. I soli ospedali e case di cura di Roma debbono fronteggiare oltre 10.000 spedalizzazioni di malati provenienti dal Mezzogiorno ».

Dall'esame di questi dati risulta che in Italia sono da costruire subito almeno 120 mila letti, a cui bisogna aggiungere anche la trasformazione di molti vecchi ospedali, per lo più alloggiati in conventi o ambienti inadatti che non possono più continuare a funzionare.

Si richiede dunque uno sforzo finanziario cospicuo che lo Stato italiano, anche a volerlo, forse non potrebbe oggi sopportare: ma se anche lo facesse non si è sicuri che si risolverebbe alla base la crisi degli ospedali. E ciò perchè la crisi degli ospedali non è, come molti credono, solo una crisi di posti letto: è « anche » crisi di letti, ma non solo crisi di letti. Si può affermare per la convinzione che vi è nell'ambiente ospedaliero che, quand'anche si provvedesse ad aumentare adeguatamente il numero dei posti letto e si portasse l'indice al livello voluto dalle statistiche che abbiamo riferito e, per tale azione fossero finanziati gli Enti ospedalieri, il problema di fondo resterebbe ancora grave perchè, e ciò è essenziale, « la crisi sta nel mancato adeguamento dell'azione degli ospedali a quella rivoluzione pacifica e salutare che in un ventennio gli Istituti

di malattia hanno compiuto nel nostro Paese » (Bonadies).

Mentre infatti gli Istituti di malattia, bene o meno bene, con la loro politica che tende alla totale sicurezza sociale, hanno creato una coscienza igienico-sanitaria nel nostro popolo, gli ospedali sono rimasti immobili e non hanno fatto nulla (salvo naturalmente lodevoli eccezioni) per mettersi al passo con i tempi.

In un ventennio non solo non sono stati costruiti e organizzati ospedali secondo le necessità, ma non è stata neppure modificata quella vecchia organizzazione amministrativa che rimonta a circa un secolo fa.

Gli ospedali italiani, sempre fatte le dovute eccezioni, sono oggi (e bisogna avere il coraggio di dirlo) ancora in uno stato di arretratezza medioevale che rappresenta del resto sul piano storico la loro fondamentale caratteristica.

Se un competente di cose sanitarie visita oggi un ospedale italiano e osserva qualitativamente i malati ricoverati, constata che, ancora oggi, con la crisi in atto che ci travaglia, gli infermi sono ancora ammassati senza che sia stato adottato nella scelta e nella sistemazione nessun criterio specialistico.

Gli osservatori di cose ospedaliere che hanno fatto ispezioni del genere hanno notato, e scritto, che se si facesse una cernita tecnicamente razionale si potrebbe ricavare in ogni corsia comune per malati acuti almeno il 30 per cento dei letti che sono occupati indiscriminatamente da cronici, lungo degenti, cancerosi cronici, fratturati, convalescenti, ricoverati per accertamento diagnostico e via di seguito. Il che equivale a dire che se i letti attuali fossero bene utilizzati secondo una distribuzione razionale, si potrebbero anche evitare quegli episodi dolorosi di malati non accettati che tanto profondamente commuovono la pubblica opinione. Ed allora si può concludere, con le prove già accennate e con altre ancora che si potrebbero portare a conoscenza a questo riguardo, che ciò che manca nei nostri ospedali oggi è « l'organizzazione interna, che è rimasta ancorata a certe tradizioni che non possono reggere ulteriormente nella nostra società modernamente organizzata ».

Si può allora a questo punto dire che, schematicamente, due sono fondamentalmente i cardini sui quali ruota la crisi ospedaliera italiana:

1) *l'ospedale inteso modernamente come « centro di sanità » viene richiesto nelle circostanze più varie come garanzia di salute da tutti indistintamente i cittadini; e tale richiesta viene a poggiare poi su un diritto che deriva alla quasi totalità di essi dall'appartenenza ad un Istituto di malattia: quindi massimo incremento dell'ospedale;*

2) *l'ospedale non ha adeguato la sua attrezzatura e le sue capacità ricettive a questo mutamento dell'organizzazione sanitaria, rimanendo così in un clima decisamente arretrato e non adeguato ai tempi ed alle necessità di oggi.*

Quale è dunque il rimedio che si deve proporre per risolvere la crisi?

È uno solo: *è necessario riformare gli ospedali.*

Ed ora vediamo come si può fare questa riforma.

Se prendiamo in considerazione lo stato attuale della ospitalità italiana, troviamo una prima cosa di importanza enorme, e cioè che la sua struttura amministrativa è vecchia di circa un secolo. La legge che li regola e che li governa è quella del 1890. In base a questa legge gli ospedali sono considerati come « Opere pie » cioè come degli *Istituti di beneficenza* che, come tali, fanno quello che possono, ma che in realtà non sono affatto tenuti per legge a fare di più e tanto meno sono tenuti a provvedere all'approntamento dei posti letto necessari per il territorio di loro competenza. Gli ospedali sono degli Enti indipendenti, retti da Consigli di amministrazione anch'essi indipendenti, soggetti solo alla tutela prefettizia per la legittimità delle loro deliberazioni ed offrono quello che hanno e nulla più, nè hanno alcuna convergenza di interessi e di prospettive con gli Enti di malattia che erogano oggi tutta l'assistenza; perciò non hanno sentito, nè avevano il dovere di sentire, nella misura del necessario, il bisogno di quel-

l'adeguamento assistenziale relativo alla politica di sviluppo dell'organizzazione sanitaria italiana che è perseguita con tanto entusiasmo e tanto dinamismo dagli Enti di malattia.

Rispondendo ad una domanda che gli veniva fatta da un giornalista sulla mancanza di posti letto un Commissario di ospedali di una grande città italiana rispondeva candidamente che egli aveva una sua disponibilità di letti, che quelli metteva a disposizione dei malati e che al di fuori di questo non sentiva nessun altro obbligo particolare per legge di aumentare i posti letto, in rapporto con la popolazione. Per conseguenza, se un malato non trovava posto nei suoi ospedali se ne poteva tornare a casa sua a curarsi al suo domicilio perchè egli non poteva farci nulla. Il che in un certo senso è anche vero: egli aveva ragione perchè, a parte il cinismo della risposta, non esistono nel nostro diritto delle norme tassative che obbligano le « Opere Pie » ad un adeguamento dei letti per le necessità della popolazione. Ciascun ospedale ha le sue tavole di fondazione, ha le sue norme statutarie ed a quelle in realtà si deve attenere: non ha obblighi istituzionali diversi e nessuno può obbligarlo a fare più di quello che fa.

Se così stanno le cose, e così stanno realmente, è evidente che, quand'anche fosse disposto un aumento del numero dei posti letto e ciò si facesse fornendo adeguati finanziamenti agli Enti ospedalieri per la costruzione, il problema di fondo resterebbe quello che è oggi, perchè tutto, dopo un certo tempo, stagnerebbe e le cose tornerebbero allo stato attuale.

Ecco dove sta il punto veramente cruciale di questa crisi ospedaliera: *sta nella impossibilità di far coincidere gli interessi degli ospedali con le esigenze degli Enti di malattia* i quali hanno bisogno di svolgere un'azione diretta e di procurarsi propri strumenti per l'erogazione di tutta l'assistenza sanitaria.

Da ciò risulta la necessità di modificare l'attuale situazione creando una nuova organizzazione che sia adeguata alle esigenze della società moderna che nel campo sanitario è caratterizzata dal massimo interven-

to degli Istituti mutualistici sul piano della sicurezza sociale. E le modificazioni, le nuove strutturazioni, non possono che riguardare gli ospedali che dovranno finalmente, e si direbbe fatalmente, essere trasformati e ammodernati anche nella loro struttura giuridica.

Non si nega che possa essere perfino doloroso da un certo punto di vista sentimentale vedere mutare certe strutture tradizionali che, create dalla carità cristiana, hanno avuto la forza di resistere alla usura dei secoli e che pertanto sono connaturate ad una tradizione che ha nobilitato specialmente il nostro Paese cristiano e cattolico, ma è evidente come non sia più possibile prescindere da una trasformazione radicale che è l'unica capace di risolvere questa crisi.

E la trasformazione radicale che viene proposta (Bonadies) è quella di creare un « Ente di gestione » degli ospedali con compiti di programmazione e di coordinamento della rete ospedaliera italiana: cioè di una politica che senza avere paura delle parole si riferisca alla « Nazionalizzazione degli ospedali ». Qualche formalista a questo punto potrebbe obiettare che è fuori luogo parlare di nazionalizzazione di Istituti che hanno già di per sé natura pubblicistica. Ma, a questi si può rispondere che, con la parola « nazionalizzazione » qui si vuole significare la unificazione *sotto un'unica direttiva* di organi che fino ad ora hanno agito indipendentemente l'uno dall'altro, secondo una autonomia che, con l'avvento dell'assicurazione malattia ha significato disordine e talora perfino anarchia, mentre tutto deve entrare nell'ordine e nella regolarità. Ed è evidente che quest'ordine e questa regolarità non saranno mai possibili senza che si studi e si applichi un preciso ed organico programma di intervento statale che stabilisca le aree ed i modi con i quali finalmente deve attuarsi una politica ospedaliera nel nostro paese, senza che si crei un organo ordinatore e propulsore idoneo ad assolvere quelle funzioni ritenute ormai indispensabili per l'assistenza sanitaria in Italia.

L'Ente di gestione che si propone all'esame del Senato non è una organizzazione che si vuol creare allo scopo di soddisfare personali ambizioni, ma è un organo che deve

funzionare alle dipendenze del Ministero della sanità e deve essere costituito dalla confluenza di tutte quelle istituzioni che agiscono sul piano nazionale nell'ambito della assistenza sanitaria e che, con gli ospedali, hanno un rapporto diretto od indiretto. Ma primi fra tutti *devono entrare a farne parte integrante gli Enti di malattia come responsabili diretti della erogazione dell'assistenza ai propri iscritti e come organi capaci, il che non è indifferente, di inserire anche la loro potenza economica nella spesa per l'aumento dei posti letto e di modificazione dei vecchi ospedali che è alla base di questa discussione.*

Costituito l'Ente di gestione si deve passare poi alla organizzazione degli Istituti ospedalieri i quali dovranno prima di tutto assumere una loro precisa classificazione e specializzazione funzionale e che dovranno poi essere impiantati non qua e là indiscriminatamente, ma secondo un piano regionale.

L'organizzazione dovrebbe avere una sistemazione di tipo stellare o radiale e gli ospedali organizzati così:

1) *nel Capoluogo della Regione* un complesso ospedaliero *altamente specializzato* con un numero di letti calcolato in base a statistiche esatte e fornito delle attrezzature più perfette (e in questo dovrebbero essere di grande aiuto gli Enti ospedalieri dipendenti dalle Università dove queste esistono) per compiere gli interventi più ardui e più altamente specialistici;

2) *nei Capoluoghi di provincia* dovranno essere sistemati degli ospedali principali anche essi modernamente attrezzati sia per la medicina che per la chirurgia generale. Annessi a questi complessi ospedalieri importanti, devono essere sistemati *pronti soccorsi* forniti di tutto quanto la moderna medicina e chirurgia suggeriscono per quegli interventi di urgenza che si possono presentare e cioè non solo per i traumi ma anche per le intossicazioni le più varie, per le malattie acutissime, per gli stati di choc, per gli infarti, e via di seguito. Negli stessi Capoluoghi di provincia, accanto a questi ospedali principali devono essere sistemati

gli *Istituti di maternità* per il servizio delle partorienti, ma questi Istituti non devono necessariamente essere annessi, come fabbricati, agli ambienti ospedalieri per non dare al parto che si svolge oggi come un evento normale quel carattere di pericolosità che aveva in tempo passato;

3) più perifericamente ancora devono sorgere *ospedali di minore importanza*, a carattere misto, ma attrezzati per tutti quegli interventi che sono compatibili con una funzione meno importante e meno impegnativa. Ospedali del genere potrebbero sorgere in località urbane con popolazione al di sopra di 15-20 mila abitanti;

4) abolizione di quelle che vengono oggi chiamate *infermerie* le quali sono state in un certo senso svuotate di contenuto concreto dalla motorizzazione la quale consente oggi il trasporto rapidissimo di malati da questi centri periferici verso ospedali meglio attrezzati: o quanto meno, queste infermerie potrebbero essere sistemate a tipo di *pronto soccorso di medicina e chirurgia* per brevi degenze: appena possibile l'infermo dovrebbe essere trasferito con adatte ambulanze negli ospedali principali specializzati per la diagnosi e per le cure adeguate.

CAP. IV.

QUALIFICAZIONE DEGLI OSPEDALI

Ma vi è un altro provvedimento importantissimo dal quale non si può prescindere in una nuova organizzazione ospedaliera italiana ed è quello che si riferisce alla qualificazione, modernamente intesa, dei nostri ospedali.

È un grave errore considerare l'ospedale moderno come il luogo dove sia possibile una accettazione indiscriminata ed una degenza a lungo termine per tutti gli stati morbosi. Quell'accettazione indiscriminata, che era la caratteristica del vecchio ospedale caritativo e che, proprio per questa sua caratteristica caritativa, non faceva distinzione fra un alcoolizzato ed uno affetto da polmonite, fra un affamato ed un malato di cancro, non può più reggere nella organizzazione dell'ospedale moderno. Si impone un

piano che consenta una sistemazione degli infermi in ospedale secondo una distribuzione razionale.

Come esempio di questa organizzazione riportiamo qui uno schema che può essere di esemplificazione e che si potrebbe prestare a perfezionamenti ulteriori prima della sua applicazione pratica:

1) *reparti per malati acuti di medicina e chirurgia* dove l'infermo in media non deve rimanere più di 15-20 giorni, con un massimo di 25 giorni: dopo un tale periodo si impone il suo trasferimento in

2) *reparto per lungodegenti* dove devono essere proseguite le cure già iniziate in reparto acuto anche per più mesi e comunque fino alla guarigione clinica della malattia, se la guarigione è prevedibile: ove la guarigione non fosse prevedibile e non si verificasse dopo sei mesi o un anno, si imporrebbe il trasferimento in

3) *reparti per malati cronici*. Qui il malato potrebbe rimanere il più a lungo possibile. Ma un reparto per cronici non deve essere equiparato ad un reparto per ricoveri di vecchi i quali non sono necessariamente malati. Vi sono vecchi sani e malati. Per i vecchi sani vi è il ricovero in

4) *gerontocomi*: questi gerontocomi possono essere più o meno estesi, situati in città o in periferia, più o meno confortevoli a seconda delle possibilità, ma tutti devono avere la caratteristica fondamentale di dare alla persona anziana non un solo letto per attendere la morte ma un certo grado di *confort* che oggi purtroppo in tanti gerontocomi non si trova. È dovere di uno Stato moderno di dare a chi ha speso la sua vita per il bene suo e di tutti gli altri un ricovero onorevole dove sia possibile una vita serena, un lavoro come svago e un certo grado di libertà per una vita in ambiente sociale.

Se il vecchio è malato allora si richiede il ricovero in

5) *reparto di geriatria* cioè reparto di medicina e chirurgia specializzato per malattia degli anziani.

Per quei malati dimessi dagli ospedali per malattie acute si impone in molti casi un certo periodo di tempo da passare in

6) *convalescenti* dove devono essere inviati malati in attesa di riconquistare le energie perdute prima di riprendere il proprio lavoro;

7) *istituti per gestanti*: ne abbiamo già parlato ed abbiamo detto come essi debbano essere sistemati in ambienti più idonei per la loro funzione di ordine *fisiologico*. È evidente che in questi Istituti ci debba essere qualche reparto speciale per gli incidenti di parto. La *ginecologia* si faccia in ospedale normale;

8) *ospedali diurni*. Questi ospedali che è bene sorgano a complemento degli ospedali generali devono avere una grande funzione di alleggerimento delle degenze. In essi devono essere possibili: la continuazione di cure già iniziate in ospedale, la prosecuzione delle terapie fisiche, gli accertamenti diagnostici di ogni genere da quelli di laboratorio a quelli radiologici, le visite di controllo per i dimessi e le visite di medicina preventiva sia singole che di massa e via di seguito.

Assistenza extramurale.

Accanto a tutta questa organizzazione che può essere eventualmente anche modificata con uno studio successivo, è necessario creare tutta una attrezzatura detta extramurale che deve servire a mantenere quei rapporti tanto utili tra malati ricoverati in ospedale e familiari: questi rapporti sulla cui necessità non è opportuno insistere, ma che rappresentano una delle funzioni sociali più importanti ai fini di un buon rendimento sanitario dell'ospedale ed ai fini della educazione sanitaria, dovrebbe essere svolta dalle assistenti sanitarie adeguatamente preparate per questa altissima funzione. Ma questo è un aspetto complementare dell'assistenza ospedaliera che richiede ovviamente una trattazione a parte: al relatore basta averla appena accennata.

CAP. V.

MEDICI OSPEDALIERI

In un quadro nazionale e regionale così concepito e munito di quelle articolazioni funzionali che mirano non solo a rendere

disponibili quei posti letto che ora non si trovano neppure per malati acuti e gravi, ma che serve anche a distinguere razionalmente le finalità essenziali da quelle accessorie di un complesso ospedaliero moderno, si potrebbe porre sul tavolo della discussione, una volta per tutte il grave problema dei medici ospedalieri che si trascina da tanti anni senza che sia stato possibile finora, non dico risolvere, ma neppure avviare a parziale soluzione. Non è infatti pensabile di risolvere un simile problema senza che venga prima creato l'Ente gestione, che sia articolato, come è stato detto, in tutte le sue sezioni e che sia composto anche dal diretto intervento degli Enti di malattia.

Solo in un Ente di gestione capace di attuare un piano di politica sanitaria che non sia solo localistico, ma che si estenda alla Regione da un punto di vista funzionale, e a tutto il Paese nel senso organizzativo, può essere possibile applicare finalmente quel « tempo pieno » per i medici che è l'*unico modo* per dare all'ospedale la presenza costante del medico ed al medico di ospedale una carriera giuridicamente precisa e che sia nello stesso tempo decorosa per il suo stato senza esporlo più a cercare fuori dell'ambiente di ospedale quei proventi che ora in nessun modo potrà ricevere adeguatamente dall'Amministrazione ospedaliera in cui fa servizio.

Solo se si istituisce l'Ente di gestione degli ospedali potrà essere possibile di mantenere in servizio i medici ospedalieri secondari anche fino a 60 o 65 anni di età, perchè la loro utilizzazione sarebbe possibile anche in altre sezioni della rete ospedaliera nazionale: sarebbe cioè possibile creare un sistema di vasi comunicanti non solo nell'ambito degli ospedali, ma anche nell'ambito degli Enti mutualistici che sarebbero obbligati ad utilizzare i medici che non fossero più idonei al servizio ospedaliero, per altre mansioni meno pesanti, ma non per questo meno nobili.

Senza la costituzione dell'Ente di gestione ospedaliero, la crisi dei medici ospedalieri non potrebbe mai essere risolta alla radice: se essa sarà risolta in assenza di questo processo, lo sarà solo parzialmente e non sarà mai soddisfacente per tutti.

È evidente infine che per l'attuazione dell'Ente di gestione sarebbe necessario modificare, in maniera maggiore o minore, gli attuali consigli di Amministrazione degli ospedali per metterli in condizioni di assumere quella efficienza che è necessaria per il funzionamento del complesso di tutti gli ospedali.

Naturalmente l'Ente nazionale di gestione degli ospedali non deve abbracciare solo quelli che oggi si chiamano ospedali civili, ma deve estendere la sua azione o per lo meno il suo controllo su tutta la rete ospedaliera nazionale: e perciò oltre agli ospedali civili deve anche controllare:

1) gli ospedali per tubercolosi fin ad ora amministrati dall'Istituto nazionale della previdenza sociale ma che presto passeranno all'Istituto nazionale assicurazione malattie;

2) gli ospedali per malati infettivi ancora amministrati dai Comuni;

3) gli ospedali per traumatizzati e per malattie del lavoro dipendenti dall'Istituto nazionale infortuni sul lavoro;

4) gli ospedali oncologici per il ricovero di malati di tumore;

5) gli ospedali psichiatrici che ora agiscono per proprio conto e pochi contatti mantengono con gli ospedali civili;

6) gli ospedali militari dell'esercito, della marina e dell'aviazione.

Sono da escludere dall'Ente di gestione gli ospedali dipendenti dalle Università.

All'Ente di gestione dovrebbero far capo anche tutti quegli Istituti di cura nei quali si pratica la rieducazione: rieducazione dei traumatizzati, rieducazione dei poliomielitici, rieducazione dei minorati psichici, rieducazione degli spastici, e via di seguito.

In tal modo sarebbe possibile un trasferimento interno di malati da un ambiente all'altro, automaticamente.

CAP. VI.

OSPEDALI PSICHIATRICI

Un accenno a parte merita il problema degli ospedali psichiatrici così come oggi sono costituiti. Anche gli ospedali per malati

di mente come gli ospedali civili attraversano un periodo di crisi acuta dovuta al fatto che anche essi funzionano in base a leggi antiche quanto quelle degli ospedali civili. Negli ospedali psichiatrici si lamenta una uguale carenza di posti-letto e si determinano anche là affollamenti delle corsie che non sono veramente compatibili con la alta funzione che questi stabilimenti sanitari, così complessi nella loro struttura, devono svolgere. Per fare luogo poi alle accettazioni che provengono dall'esterno per nuovi malati da ammettere, si procede a dimissioni precoci e si inviano a domicilio individui che non hanno ancora raggiunto quella guarigione che è indispensabile per evitare gli inconvenienti luttuosi di cui spesso si occupa la stampa quotidiana.

Al di fuori di qualche lodevole eccezione oggi gli ospedali psichiatrici per inadeguatezza organizzativa e strumentale non possono marciare al passo con la moderna psichiatria ad onta degli sforzi che vengono compiuti dai direttori degli ospedali e dal personale sanitario e di assistenza affinché i malati di mente possano beneficiare di tutti quei contributi che la scienza medica specialistica moderna mette a disposizione dell'uomo malato.

Dal punto di vista civile poi il malato mentale non è riuscito a liberarsi ancora da quella cappa di piombo che lo soffoca dal momento che egli è entrato nella casa di cura: allo stesso modo come è considerato un carcerato più o meno pericoloso così è considerato un malato di mente finché in ospedale, fuori dell'ospedale è considerato un « dimesso dal manicomio » ciò che evidentemente rappresenta una etichetta poco favorevole per il suo inserimento già difficile per sè, nella compagine sociale; e tutto ciò proprio nel nostro tempo in cui il concetto di libertà ha subito un processo di evoluzione di grande ampiezza e profondità.

Si rende perciò estremamente urgente la risoluzione di questo come anche di altri problemi analoghi che riguardano questi infelici e ciò si può fare utilizzando il contributo concorde che devono portare a questo scopo, oltre ai medici psichiatrici anche i giuristi i sociologi, i filosofi, i religiosi, eccetera.

Occorre risolvere anche il problema dell'assistenza extra ospedaliera e domiciliare che è necessario a questi malati di mente quando essi, beneficiando della moderna psichiatria, vengono dimessi pur avendo ancora bisogno di essere seguiti e curati per lungo tempo ancora. Sembra necessario dare il massimo sviluppo a quei centri psichiatrici che vengono chiamati della « piccola psichiatria » e in cui al malato in assistenza domiciliare vengono forniti medicinali e consigli adeguati. Risulta che varie istituzioni del genere già funzionano egregiamente in certe regioni d'Italia specialmente per l'intervento entusiastico e qualche volta perfino disinteressato di medici a cui deve andare tutta la riconoscenza del Paese.

Buon rendimento forniscono inoltre quei « consultori di igiene mentale » a cui viene affidata oltre che l'azione curativa anche una funzione preventiva: in essi si possono scoprire in tempo quelle deviazioni psichiche e caratterologiche iniziali suscettibili di efficace trattamento terapeutico.

Questi problemi devono essere attentamente studiati, onorevoli colleghi, allo stesso modo come devono essere studiati tutti i problemi di organizzazione sanitaria del settore. Come negli altri sistemi organizzativi già enunziati anche in questo campo lo ospedale psichiatrico deve stare al centro di tutti i servizi: come efficace complemento di esso saranno i centri di piccola psichiatria e quelli di igiene mentale per completare la opera sui malati non ricoverati.

Per permettere poi il buon funzionamento di questa organizzazione vi siano buoni medici specialistici ed assistenti sanitarie per quel collegamento indispensabile fra domicilio del malato ed ospedale che deve essere in fondo analogo al servizio di assistenza extra murale senza del quale ogni malato dimesso dall'ospedale finirà con il ritornare presto o tardi con un certo parallelismo che, *mutatis mutandis* si verifica per i dimessi dal carcere.

Ecco tanti problemi che vanno studiati in profondità allo scopo per lo meno di liberarli da quelle antiche leggi che ne appesantiscono la funzione.

CAP. VII

CASE DI CURA PRIVATE

Le case di cura private sorte in Italia piuttosto numerose in questo ultimo ventennio rappresentano una rete assistenziale che non può essere sottovalutata. Bisogna riconoscere sinceramente che esse hanno portato un contributo non trascurabile ed hanno reso meno grave la crisi ospedaliera in quanto hanno consentito dei ricoveri, specialmente per conto degli enti di malattia, che l'ospedale civile per mancanza di recettività non ha potuto fare.

Però bisogna anche riconoscere che le case di cura private si inseriscono di fatto nella rete ospedaliera nazionale senza che possiedano ancora tutti quei requisiti che è legittimo richiedere ad Enti che prestano un servizio delicato che si riferisce alla salute umana.

Oggi la nostra legislazione è carente nel campo delle case private di cura: al medico provinciale si richiede solo il permesso per « aprire una clinica », cioè si richiedono dei requisiti facili a riscontrarsi perchè si riferiscono quasi esclusivamente alla caratteristica costruttiva dello stabile in cui deve aver sede la clinica: dopo l'autorizzazione a funzionare, la tutela della sanità su queste case di cura da parte del medico provinciale è del tutto superficiale.

Bisogna rivedere questa situazione piuttosto anormale e ciò potrà essere fatto quando verrà in discussione quel progetto di legge che è all'esame dell'altro ramo del Parlamento sulla disciplina delle case private di cura. Però bisogna accelerare i tempi perchè non è possibile, per esempio, consentire che nelle case private di cura non vi sia per obbligo un posto di pronto soccorso efficiente ed affidato a personale adeguatamente preparato: non si può prescindere dalla organizzazione di un servizio notturno che serve per i malati ricoverati e per gli abitanti che sono ad abitare nelle vicinanze: non si può ammettere che in certe cliniche vi siano camere operatorie mancanti di certe attrezzature non solo necessarie ma indi-

spensabili per intervenire in particolari condizioni di pericolo.

Anche il personale, dal direttore ai sanitari ed a quello di assistenza, non sempre possiede, per far servizio in clinica privata, tutti i requisiti che la legge giustamente esige per chi fa servizio in un pubblico ospedale.

In mancanza di queste e di altre garanzie viene a mancare quella sicurezza che ogni cittadino ha il diritto di pretendere da una gestione di casa privata di cura.

CAP. VIII

PERSONALE AUSILIARIO DELLE ARTI SANITARIE

È anche questo un capitolo di grande interesse che merita, onorevoli colleghi, tutta la possibile nostra attenzione. Chi vive per professione in ospedale o anche in ambienti sanitari di una certa entità non può non rilevare certe deficienze nel personale che vive in ospedale che sono imputabili a certo personale detto ausiliario delle arti sanitarie che non sempre viene preparato a dovere da chi ne ha l'obbligo.

Ad ospedali magnificamente costruiti, lucidi di marmi, ammobiliati con mobili moderni tersi e belli, deve corrispondere un personale di assistenza diretta od ausiliaria che per preparazione tecnica e generica sia adeguato al luogo ed al carattere del lavoro che compie.

Per l'assistenza immediata ai malati come si sa, provvedono le infermiere diplomate e le infermiere ed infermieri generici: le infermiere diplomate sono così chiamate perchè sono in possesso di un regolare diploma rilasciato dopo due anni di corso e dopo regolari esami di Stato dalle Scuole Convitto per infermiere professionali: sono chiamate anche semplicemente « infermiere professionali ». Le altre e gli altri cioè le infermiere ed infermieri generici sono in possesso di quello che viene chiamato « patentino » e che è rilasciato da scuole per infermieri e per infermiere generici.

Presso le scuole convitto per infermiere professionali si lamenta da vario tempo una carenza di iscrizioni per cui il numero delle

infermiere professionali è rimasto dal 1927, quando furono create le scuole, sempre al di sotto del bisogno: infatti negli ospedali vi è carenza di queste preziose ed efficaci collaboratrici del medico. Se ci si domanda quale è la ragione di questa crisi nel campo delle infermiere professionali si risponde che, allo stato delle cose in Italia, la professione di infermiera professionale non è sufficientemente nobile come avviene in tanti altri Paesi del mondo civile. Queste infermiere inoltre che fanno servizio in corsia di ospedale sono sottoposte ad un lavoro grave e pesante che alle volte diventa addirittura insopportabile: e per questo lavoro esse sono in genere male pagate dalle amministrazioni ospedaliere. Bisogna perciò nobilitare la professione e pagar meglio le infermiere: sarà solo dopo questa rivalutazione professionale che si potrà fare una campagna in tutto il territorio nazionale per richiamare l'attenzione della gioventù femminile su questa carriera che tutto sommato consente una sistemazione decorosa nella vita civile e professionale.

Bisogna inoltre rendere meno pesante dell'attuale il programma di studi: bisogna che siano aumentate le borse di studio in maniera da alleggerire le spese per la frequenza della scuola da parte delle allieve e, cosa più importante ancora, bisogna modernizzare i convitti in modo che possano offrire quelle comodità che sono indispensabili oggi in tutti gli istituti professionali.

Per quanto si riferisce al lavoro durante il corso di studi esso deve essere alleggerito: e alleggerito ancora di più durante il servizio di corsia: otto ore di lavoro di corsia (quando non vengono superate anche le otto ore) e con un'assegnazione per ogni infermiera di 25 malati, non si possono fare: e se si fanno, si fanno male e chi ne sopporta la spesa alla fine è il malato. L'infermiera dovrebbe lavorare un numero di ore inferiore a sei e dovrebbe avere un numero di malati non superiore a 15. Se questo non si fa bisogna aspettarsi l'emorragia dall'ospedale di queste brave infermiere diplomate che se ne vanno: esse lasciano la corsia, domandano ed ottengono di lavorare negli ambulatori degli enti mutualistici, dell'Opera nazionale maternità e infanzia, delle cliniche

private e dei medici privati con il risultato che nelle corsie ospedaliere non rimane più personale di prima scelta. Se si tengono presenti questi avvertimenti forse la situazione si può normalizzare: se non si provvede in tempo si rischia di non trovare più collaboratrici di questo valore.

Le infermiere e gli infermieri generici rappresentano la vera e propria ossatura su cui poggia il pesante servizio assistenziale degli ospedali. Senza esagerazione questo personale rappresenta la colonna su cui l'ospedale si regge. Ma anche questa categoria, degna di ogni elogio, oltre che essere meglio istruita con scuole adeguate, deve essere meglio pagata e deve fare un lavoro che non sia troppo logorante. Se non si provvede a pagar meglio questo personale e ad alleggerire il lavoro si rischia di vedere diminuite anche queste unità lavorative tanto utili quanto generose: ed in un Paese come il nostro dove la disoccupazione va scomparendo e il lavoro industriale esercita una grande attrattiva, si rischia di cadere in una crisi che potrebbe danneggiare molto la nostra organizzazione ospedaliera.

Accanto a queste due categorie occorre poi rivedere al lume degli attuali progressi tutte le altre professioni ausiliarie delle arti sanitarie. La medicina oggi, uscita dall'empirismo, è entrata nettamente in quel tecnicismo che ha delle necessità, che non potrebbero essere soddisfatte se non da quella categoria che è detta appunto dei tecnici: e noi in Italia oggi non abbiamo tecnici nel ramo medico-chirurgico: quelli che sono oggi in servizio sono dei « quasi » tecnici formati con sforzi della loro volontà, ma che non hanno mai frequentato scuole. Occorre provvedere alla formazione di questi tecnici che rappresentano, per così dire, il tessuto connettivo della organizzazione specialistica medico chirurgica dell'ospedale moderno. Come si devono preparare questi tecnici? Fondando delle scuole specializzate con programmi bene studiati, insegnati da professori non improvvisati ma tecnicamente preparati. Queste scuole, indispensabili alla preparazione del personale per tutti gli ospedali d'Italia, possono essere istituite dal Ministe-

ro della sanità, così come il Ministero del lavoro istituisce altre scuole per altre categorie di tecnici. Ma che queste scuole non vengano affidate alle amministrazioni ospedaliere, perchè gli ospedali non sono idonei ad esercitare queste funzioni di istruzione che escono fuori dai loro fondamentali compiti di istituto.

I tecnici che sembrano oggi indispensabili sono:

- 1) tecnici di radiologia
- 2) tecnici di terapia fisica
- 3) tecnici di anatomia
- 4) tecnici di istologia
- 5) tecnici di laboratorio chimico e biologico
- 6) tecnici di batteriologia
- 7) tecnici di dietologia
- 8) tecnici di camere operatorie
- 9) tecnici di ortopedia e di gessi
- 10) tecnici di cardiologia
- 11) bagnini
- 12) tecnici di idrologia per le terme
- 13) pedicure
- 14) tecnici di massaggio, ed altri che potrebbero essere sfuggiti alla nostra attenzione.

Solo se sapremo creare questo esercito di tecnici bene preparati, potremo avere quella collaborazione preziosa ed efficace che oggi o impegna un numero notevole di medici (e non è la loro attribuzione) o che si ricava dalla buona volontà di lavoratori egregi che fanno tanto ma meglio farebbero se avessero un'istruzione adeguata.

Anche gli ausiliari ospedalieri e cioè portantini e portantine hanno bisogno di corsi di adeguamento e di educazione specifica. Molti di questi lavoratori vengono dalla campagna: fanno bene dal punto di vista lavorativo generico, ma non hanno quel grado di evoluzione che si richiede a chi lavora in questi ambienti particolari come sono gli ospedali. Questi corsi di istruzione si possono fare nell'ambiente ospedaliero e qualche ospedale li fa: ma non tutti. Occorre che siano resi obbligatori perchè anche dal comportamento di questi lavoratori deriva il buon nome dell'ospedale.

CAP. IX.

MEDICINA SOCIALE

Una particolare trattazione merita, in una relazione sul bilancio della sanità, il capitolo relativo alla medicina sociale.

Questa branca sanitaria, che fino a dieci anni circa era scarsamente trattata oggi è andata a poco a poco così dilatandosi nella sua importanza, da meritare, a buon diritto, l'onore di una Direzione Generale nel nostro Ministero della sanità: ed infatti in questo settore, più che in quelli della medicina cosiddetta individuale, si può e si deve inserire con maggiore impulso l'azione dello Stato.

Sembra logico chiedersi se questo maggiore intervento si debba attribuire ad un maggior numero di malattie sociali verificatesi in questo ultimo periodo di tempo o se non si debba invece ad altre ragioni. A questo interrogativo si risponde dicendo che non sono aumentate in realtà di numero le malattie sociali, ma che, nella struttura di uno Stato moderno, ogni malattia anche se prima d'ora era considerata strettamente individuale, può avere ed ha in realtà un riflesso sociale. Anzi, si può dire di più, e cioè che sotto un certo aspetto, lo Stato deve vedere tutti quanti i fenomeni morbosi che si verificano nel Paese per quei riflessi che essi possono esercitare direttamente o indirettamente sulla collettività e cioè con occhio, si potrebbe dire « sociale ».

Un tempo erano considerate sociali alcune malattie, come per esempio la tubercolosi, perchè presentavano alcuni peculiari caratteri: il carattere della grande diffusione, il carattere dell'andamento cronico ed il carattere della grande mortalità: di conseguenza esse influivano sfavorevolmente non solo sulla famiglia a cui il malato apparteneva, ma anche sulla collettività che era tenuta sia a provvedere al ricovero in adatto ambiente di cura e sia ad un certo momento a sostituirsi alla famiglia anche se di una certa buona posizione economico-finanziaria perchè detta famiglia non avrebbe mai potuto così a lungo pagare il rico-

vero ospedaliero e le cure protratte per molto tempo.

Ma, oltre a ciò, per altre considerazioni e sotto un profilo estensivo sono sociali oggi anche certe malattie che, come ad esempio i tumori, pur non presentando caratteristiche uguali a quelle della tubercolosi, richiedono ugualmente l'intervento dello Stato per la necessità di una organizzazione coordinata nei vari settori ai fini di combattere la malattia: a questo stesso modo, ed anche per altre considerazioni sono da comprendere fra le malattie sociali gli esiti permanenti della poliomielite per la riabilitazione che è lunga e costosa, la lebbra, il tracoma eccetera come sono sociali le malattie veneree, la rieducazione dei minorati psichici.

Sicchè in conclusione possiamo affermare che tutte le malattie hanno una loro componente sociale e che per queste componenti lo Stato deve guardare con particolare attenzione allo scopo di limitare tutti quei disagi che possono riversarsi sulla collettività, diminuire la durata della malattia, limitare la spesa ed infine consentire l'inserimento del soggetto nella società nel tempo più breve possibile.

CAP. X.

MALATTIE VENEREE

La diffusione delle malattie veneree e sifilitiche per l'ampiezza che va assumendo non può non attirare l'attenzione del legislatore e non può anche lasciarci insensibili di fronte al grido di allarme che viene a noi da parte di tutti i cittadini della Repubblica. Essi chiedono al Parlamento provvedimenti urgenti ed efficaci atti ad eliminare questa grave piaga fisica e morale che insudicia la nostra vita civile.

Sulle cause di questa aumentata diffusione delle malattie veneree non tutti sono d'accordo: mentre alcuni studiosi di medicina sociale accettano il concetto che sia stata la ormai famosa legge proposta dall'onorevole Merlin ad aumentare nel grado così ampio e profondo la prostituzione, da cui dipende l'aumento delle malattie veneree, altri ne-

gano questa dipendenza o per lo meno ad essa assegnano un valore meno importante. La legge Merlin ha portato forse un modesto contributo alla manifestazione e all'intensificazione di questo fenomeno sociale, ma la prostituzione così diffusa e incontrollabile è legata ad altre ragioni e ad altre cause che sono dipendenti in fondo dalla decadenza del costume morale della nostra società.

Lo spettacolo indecoroso al quale si è costretti ad assistere in certe ore della sera e della notte (e si direbbe anche in certe ore del giorno) in quartieri ora non più periferici ma addirittura centrali delle grandi (ed anche delle non grandi) città dove si può vedere un ributtante mercato della carne umana, non può non indurre il relatore a richiedere che almeno gli organi della pubblica sicurezza intervengano con maggiore impegno e con maggiore assiduità a « limitare certi scandalosi aspetti della vita cittadina ».

In questo ramo del Parlamento fu discussa alcuni mesi fa quella che si chiama ormai la legge Scelba-Giardina che avrebbe lo scopo di disciplinare la prostituzione e limitarne gli effetti sulla salute umana: ma poi il suo *iter* si è interrotto ed il provvedimento legislativo non è andato oltre alla Camera dei deputati.

Ma oltre a questo aspetto che è di politica interna, nella discussione del bilancio della sanità importano particolarmente i riflessi sanitari che si estrinsecano nella constatata maggiore diffusione della sifilide primaria da cui inizia la serie talora lunga e grave delle manifestazioni secondarie e terziarie con conseguenze di gran lunga maggiori del previsto: e giacchè da qualche tempo si parla tanto di mostruosità dei neonati dando la colpa a medicamenti del tipo talidomide e derivati, un posto importante si dovrebbe dare, per queste mostruosità, alla sifilide ereditaria che ha sempre avuto tanta influenza nel campo teratologico.

Alla sanità spetta la risoluzione del problema del come è possibile influire sulla scomparsa o almeno sulla riduzione dei casi

di *lues* e degli effetti che da questo grave fenomeno sociale deriva al nostro popolo.

Su questo punto pare al relatore che sia il momento di avere idee chiare per non lasciarsi influenzare da preconetti di maleintesa libertà che possono portare anche fuori strada. Non sembra possibile tollerare ulteriormente il « non intervento » del Ministero della sanità su una questione di tanta importanza che mette in pericolo grave la vita di tante giovani esistenze: bisogna che le prostitute, come avveniva un tempo, siano regolarmente catalogate ed iscritte in uno speciale elenco e che su di esse si possa esercitare un'azione di rigido controllo sanitario.

È questo il punto cruciale sul quale si deve insistere se si vuole veramente eliminare la fonte del contagio: se non si fa così non si potrà ottenere mai nulla di positivo.

Un altro punto che sembra opportuno è quello di rendere obbligatorio per tutti e specialmente per le donne che esercitano il meretricio la cura della sifilide: le meretrici infette sono il serbatoio da cui deriva la diffusione della malattia.

È necessario inoltre incrementare i dispensari anticeltici dando ad essi un aspetto più decoroso di ambulatori medici veri e propri. liberandoli da quel carattere particolare di ambiente di peccato che essi ancora oggi presentano in certe città: in tal modo forse si incoraggiano i malati, e specialmente i giovani, a provvedere alla cura della loro malattia.

È ancora un altro punto: siano distribuiti gratuitamente a tutti i medicinali per la cura.

Ma oltre a ciò vi è un altro mezzo ancora che deve essere largamente usato, ed è quello che si riferisce alla propaganda sanitaria in tutti gli strati della popolazione: con una adeguata educazione sanitaria delle masse fatta con tutti i mezzi che abbiamo a disposizione dobbiamo diffondere i concetti della salute e dimostrare a tutti le tristi conseguenze che possono derivare da certi contatti con persone malate.

CAP. XI.

LA LEBBRA

Una malattia, che, pur nella modestia della sua attuale diffusione, esercita un certo effetto allarmante sulla popolazione più a causa della sua ripugnanza che della sua pericolosità, è la lebbra.

Non si tratta di una malattia che come la *lues* minacci particolarmente il nostro Paese giacchè gli infermi ricoverati in istituti di cura sono solo 516 per tutto il territorio nazionale con 455 familiari a carico, nè presenta, come abbiamo detto, una pericolosità particolare in quanto pare non vi siano in giro per le città altri malati all'infuori di quelli viventi nei lebbrosari, ma è necessario premunirsi contro questa malattia che potrebbe in avvenire vedere anche aumentata la sua diffusione a causa della maggiore commistione dei popoli dei vari Paesi e di varie razze, favorita dai trasporti aerei intercontinentali.

La lebbra è malattia cronica, determinata da un bacillo detto di Hansen dal nome del suo scopritore, bacillo che ha molte affinità con quello della tubercolosi (bacillo acido alcool resistente): la malattia si manifesta con una sintomatologia varia; in alcuni soggetti prevalgono certe manifestazioni deformanti del viso che danno al paziente lebbroso un aspetto particolare (*facies leonina*): in altri prevalgono manifestazioni a carico degli arti (lebbra mutilante): in altri casi ancora si tratta di manifestazioni a carico dei nervi sensitivi (lebbra anestetica).

I focolai di diffusione sono localizzati in genere nelle zone tropicali. Una caratteristica particolare di questa malattia è che le manifestazioni cliniche non sempre si hanno subito dopo il contagio, ma spesso dopo mesi ed anni: in certi casi l'apparizione dei primi sintomi si ebbe addirittura dopo 30 anni.

Ad onta della conoscenza dell'agente batterico che la provoca, la lebbra non è ancora dominabile come tante altre malattie infettive in quanto non si è riusciti a tutt'oggi ad individuare una cura specifica capace cioè

di agire direttamente sul bacillo di Hansen: gli sforzi della scienza medica procedono senza posa ed è auspicabile che presto si possa essere in grado di progressi tali da debellare questa affezione che terrorizza le popolazioni.

In mancanza di terapia specifica l'unica arma che è in mano della sanità è il ricovero degli infermi in adatti istituti: i lebbrosari: non i lebbrosari del medio evo feroci ed inumani dove i poveri malati di lebbra venivano rinchiusi ed imprigionati definitivamente fino alla morte (anzi si facevano particolari cerimonie funerarie da vivo allorchè il malato veniva rinchiuso nel lebbrosario), ma i lebbrosari di oggi che sono veri e propri ospedali forniti di tutte le speciali attrezzature assistenziali e sanitarie come si verifica per tutte le altre manifestazioni della patologia umana.

Un lebbrosario modernamente organizzato in Italia è quello del Gioia del Colle in Puglia. Quivi il malato trova un trattamento umano e cristiano e può esercitare anche una certa attività agricola perchè al lebbrosario è annessa una colonia agricola.

Occorre dare atto al Ministero della sanità per questa provvida azione che ha consentito la risoluzione di questo grave problema sia per limitare gli effetti della lebbra e sia per rendere meno pesante la malattia a chi ne è colpito: ma è necessario intensificare questa azione e migliorare ancor più gli ambienti in modo da creare intorno a questi infelici un'atmosfera di serenità e di pace.

Occorre poi dare ai medici che assistono questi infermi i mezzi di ricerca che si richiedono per lo studio e per il miglioramento dei mezzi di cura e mantenere i contributi finanziari che vengono concessi ai famigliari.

Solo con questa politica di comprensione nei confronti dei malati e nei confronti di chi li assiste si fa una politica sanitaria umana e sociale.

Sia consentito infine formulare l'augurio che presto, anche per la lebbra, venga scoperto quel rimedio specifico che liberi l'umanità da questa brutta malattia.

CAP. XII.

MORBO DI COOLEY

Si tratta di un'altra malattia che solo recentemente, e specialmente per opera di studiosi italiani, è stata messa in evidenza. Essa è particolarmente diffusa nella Valle Padana, ma anche in altre regioni dell'Italia meridionale particolarmente sulle coste orientali dove, in antico avevano la loro sede colonie greche.

Gli studi recenti hanno accertato che la malattia dal punto di vista ematologico consiste in una deformazione dei globuli rossi del sangue che si presentano con un certo grado di deformazione e sono più piccoli (microcitemia).

La malattia è ereditaria e si trasmette ai bambini da genitori con tara microcitemica.

Dai dati che vengono forniti dai centri di studi che la nostra Sanità già da qualche tempo ha istituito e potenziato, pare che i colpiti siano dal 5 al 20 per cento delle popolazioni dei paesi sopramenzionati con una mortalità di circa 1000 bambini all'anno.

In mancanza di una terapia adeguata la malattia procede nel suo fatale andare e mantiene inalterato le sue cifre statistiche che sono press'a poco uguali a quelle che si sarebbe potuto raccogliere nelle colonie greche che in antico erano sparse in Italia. Ciò avviene evidentemente perchè solo da qualche anno si studia questa malattia e solo da qualche anno sono creati quegli strumenti di ricerca che certamente faranno luce su questo fenomeno morboso. E pur dando atto al Ministero per quello che ha fatto finora, si consiglia di aumentare il numero dei centri ora esistenti nei paesi colpiti: dare a questi centri maggiori mezzi economici finanziari perchè si possano eseguire gli esami ematologici nella maniera più ampia possibile ed infine svolgere un'opera di educazione sanitaria perchè tutti i cittadini dei luoghi indicati siano a conoscenza del fenomeno patologico in modo che evitino matrimoni fra individui affetti da microcitemia. È l'unico mezzo finora esistente per evitare l'estensione della malattia; non si co-

nosce nessun rimedio che sia capace di far sopravvivere un bambino al di là di 3 o 4 anni di vita. Solo una adatta e prolungata cura trasfusionale che consenta addirittura di cambiare il sangue del soggetto può fare sperare in un prolungamento della vita. Ma tutti sanno che anche per l'applicazione di questa terapia anche se illusoria sono indispensabili attrezzature molto costose. Noi però, che conosciamo l'impegno del Ministero in questo settore che nulla trascura per aumentare i centri e per fornirli di sangue, siamo sicuri che quest'azione sarà sempre più intensificata.

CAP. XIII

TUBERCOLOSI

Un problema sanitario sempre attuale e sempre vivo nella coscienza dei cittadini è quello che si riferisce alla tubercolosi: benchè notevolmente diminuita la sua mortalità per effetto della lotta ingaggiata contro di essa sul piano della terapia che oggi vanta di un'efficacia di notevole valore, pure i risultati raggiunti non sono tali da consentire una sia pur minima attenuazione della lotta perchè, se è diminuita la mortalità, è sempre alta la morbosità e perciò il nostro impegno deve essere ancora notevole per proteggere la salute umana.

Se si tiene presente quella che era la situazione italiana nei confronti della tubercolosi nel lontano 1927 quando, a combattere questa tremenda malattia non vi era che una organizzazione del tutto primitiva, fondata sull'azione dei Consorzi provinciali anti-tubercolari che, da poco costituiti, non avevano a disposizione che scarsissimi mezzi da distribuire ai pochi dispensari, se si considera che la diffusione della malattia era veramente impressionante anche in conseguenza dei disagi imposti alle popolazioni dalla guerra 1915-18: quando si pensa che allora mancavano quegli efficienti mezzi medicamentosi di cui oggi disponiamo, non si può non essere soddisfatti di quella che è la situazione odierna. Il potenziamento dei Consorzi provinciali anti-tubercolari, la moltiplicazione dei dispensari ed infine, l'interven-

to e la partecipazione attiva dell'Istituto nazionale per la previdenza sociale a cui fu affidata l'assicurazione obbligatoria contro la malattia per suggerimento di quel grande maestro di clinica e di medicina sociale che fu Eugenio Morelli non si può non constatare quel miglioramento della situazione che è di tale entità da farci sperare, anche se in un domani lontano, una vera e propria eradicazione di questa grave malattia che rappresenta oggi ancora un flagello grave per quei popoli non ancora organicamente protetti da un'efficiente sanità pubblica (India, Africa).

Come è stato già detto, la organizzazione della lotta da noi è stata buona ed i risultati sono stati soddisfacenti: ma non ci possiamo fermare sulle posizioni raggiunte: occorre insistere più che possibile.

Un recente progetto di legge, discusso ed approvato dal Senato, dispone il passaggio dell'assistenza antitubercolare dall'Istituto nazionale della previdenza sociale all'Istituto nazionale assistenza malattie (I.N.A.M.). Questo provvedimento mira a creare una migliore organizzazione della lotta e ad evitare che, per intralci burocratici eccessivi, si possa ritardare un ricovero in sanatorio e l'inizio della cura. La legge approvata dal Senato attende ora l'approvazione dell'altro ramo del Parlamento. Quando questo avverrà, e noi ci auguriamo che avvenga presto, la lotta, mai diminuita di intensità, potrà riprendere con nuovo vigore con la sicurezza che i risultati saranno sempre più soddisfacenti. Ma la legge in discussione alla Camera mira anche a colmare una lacuna: finora per legge hanno diritto all'assistenza antitubercolare alcune categorie di cittadini: sono la quasi totalità è vero: ma ve ne sono alcune che sono rimaste escluse. Ciò non può essere: tutti gli uomini e le donne del nostro Paese, in qualsiasi età e condizione, devono essere protetti da questa malattia onde si deve ritenere la legge come protezione assolutamente indispensabile.

In questo modo e cioè con il passaggio all'I.N.A.M. della rete sanatoriale approntata e mantenuta efficiente dall'I.N.P.S., con l'efficienza della retta dispensaria estesa in modo notevole merco l'attività dei beneme-

riti Consorzi provinciali antitubercolari e le nuove scoperte medicamentose, l'Italia potrà entrare in quella zona di sicurezza che fu il sogno dei pionieri di questa lotta antitubercolare. Le zone d'ombra che sono state individuate saranno illuminate dalla scienza e dallo spirito di socialità che anima l'azione del nostro Governo.

Recentemente in un convegno a cui parteciparono alte personalità della medicina e studiosi di chiara fama di problemi sociali fu esposto con abbondanza di dati statistici un piano sanitario inteso ad ottenere la totale eradicazione della tubercolosi dalla Sardegna. Alla esposizione programmatica era presente anche il Ministro della sanità senatore Jervolino. L'esposizione fu ampia e lucidamente documentata: tutti i presenti espressero la loro opinione e si dichiararono favorevoli alla applicazione del piano. In quella occasione anche il Ministro della sanità prese la parola e promise che avrebbe studiato la questione in vista della possibile applicazione.

Noi ci vogliamo augurare che il Ministro in sede di risposta a questa relazione sul bilancio vorrà dire qualche parola al riguardo, e cioè se il piano sarà applicato perchè i risultati non potranno che essere quelli auspicati. La riconoscenza del nobile popolo della Sardegna sarà il degno premio agli organi sanitari dello Stato.

Sempre in tema di tubercolosi l'attenzione dei tisiologi oggi si è spostata dal piano curativo, e cioè concentrato in modo particolare sulla profilassi che è il campo d'azione denso di maggiori promesse. Questa profilassi oggi è dominata essenzialmente da due concetti che si contendono il campo. Vi sono alcuni studiosi di tisiologia e di igiene i quali ritengono doversi basare la pratica profilattica tutta sulla efficacia dei medicamenti chemioterapici rappresentati dalla idrazite dell'acido isonicotinico: altri studiosi ritengono invece più sicuramente utile l'applicazione in questa malattia della vaccinazione, concetto questo non nuovo ma che sempre rinasce con nuove speranze di utili risultati.

Con il primo sistema cioè quello della chemioprofilassi il bacillo di Koch eventual-

mente presente nell'organismo del bambino verrebbe reso inattivo e distrutto dal medicamento il quale ha dimostrato nella terapia della malattia specifica tutta la sua attività battericida: col secondo sistema, vaccinazione, l'effetto profilattico si otterrebbe suscitando nell'organismo infantile la difesa immunitaria con la introduzione di un vaccino ricavato da bacilli uccisi con mezzi particolari e perciò senza quella pericolosità che presentava quel vaccino preparato da autori francesi: vaccino B.C.G. Nel nostro caso verrebbe usato il V.D.S. cioè il « vaccino diffondente Salvioli » capace di creare un movimento immunitario di notevoli proporzioni.

Questa questione, come è evidente, non può interessare il legislatore ma deve interessare solo i tecnici medici e i tisiatri che in Italia sono di riconosciuto grande valore.

A noi non resta che esprimere l'augurio che il Consiglio superiore della sanità si occupi di questo argomento ed esprima il suo parere illuminato. Confortato da questo parere il Ministro della sanità sarà allora autorizzato ad agire e noi siamo sicuri che il Ministro lo farà con ogni possibile ponderazione aggiudicando così alla Sanità italiana ancora un altro titolo di benemerenda.

Ed ancora, sempre rimanendo in tema di profilassi antitubercolare è bene richiamare l'attenzione del signor Ministro su un'altra via di prevenzione della t.b.c. che, se non è diretta, non è per questo meno efficace: intendo alludere alla Colonie temporanee e permanenti che sono oggi sviluppate, estese ed attrezzate nel Paese e danno se non tutte almeno molte di esse il massimo affidamento di serietà.

Bisogna incrementare al massimo anche questi mezzi di lotta indiretti perchè la miseria, la mancanza di aria e di luce, la vita in ambienti disagiati e più che mai la scarsa ed inadeguata alimentazione dei bambini sono la base su cui vive e vegeta il bacillo di Koch. Asportare i bambini da questi ambienti malsani e portarli al mare o ai monti in collina e in pianura lungo i fiumi o in riva ai laghi in adatti ambienti sanitari controllati igienicamente, vuol dire esercitare una azione di lotta antitubercolare, forse più efficace di ogni medicamento.

Ed ancora un'altra raccomandazione: incrementare sempre più i servizi schermografici che tanto utili si sono dimostrati nel mettere in evidenza focolai tubercolari neppure lontanamente sospettati in individui viventi in ambienti ritenuti esenti da qualsiasi pericolosità.

Bisogna dare atto al Ministro della sanità che parecchio ha fatto in questo campo. Ma non basta. Bisogna perseverare, migliorare i servizi, estenderli sempre più, moltiplicare le unità. Solo così facendo sarà possibile snidare il bacillo della tubercolosi anche da quegli ambienti che vengono ritenuti indegni mentre in essi si annida l'insidia alla salute del nostro popolo.

CAP. XIV.

TUMORI

Questa malattia, che per la sua diffusione aumentata (senza voler entrare nella discussione se questo aumento sia assoluto o relativo) determina serie preoccupazioni nelle nostre popolazioni, merita un esame serio e attento da parte degli organi sanitari dello Stato. Non sembra infatti che il problema della lotta contro i tumori sia stato finora impostato in maniera adeguata in quanto i mezzi adoperati si sono rivelati insufficienti e impari alla gravità della malattia. Occorre urgentemente formulare un piano preciso d'intervento perchè alla estensione della malattia pare che non si siano finora opposti dei mezzi di lotta adeguati.

Vi sono, bisogna riconoscerlo, delle iniziative isolate, prese qua e là o da qualche ente ospedaliero o da qualche istituto universitario, ma è necessario che esse siano inserite in un piano preciso di azione che abbia per campo tutto il Paese.

Prima della guerra furono istituiti 3 centri di lotta contro i tumori: uno a Roma, uno a Milano e uno a Napoli. Questi 3 istituti forse dovevano rappresentare tre colonne basilari su cui doveva essere eretto un edificio di vaste proporzioni: invece ciò non si verificò allora e non si è verificato neppure adesso. Non mi soffermerò sulla

efficienza di codesti istituti che sono diretti da uomini di indiscusso valore nei vari settori nei quali si esprime oggi la moderna oncologia: ma questi istituti non sono stati affatto inseriti nel piano di lotta e agiscono ciascuno in una propria orbita sotto l'impulso dei propri dirigenti. Nei detti istituti si fa molta chirurgia, che è il mezzo di lotta tradizionale, ma pare, salvo eccezioni, che non si dia quell'impulso alla ricerca che deve essere nel programma di istituti a carattere misto, clinico e sperimentale.

È necessario che su questi 3 pilastri basilari, ed anche su altri da istituire anche in altre regioni non meno abbisognevole di quanto lo siano la Lombardia, il Lazio e la Campania, appoggiare gli estremi di una larga rete di ambulatori, dispensari, centri di accertamento specifico che deve abbracciare tutto il territorio nazionale. Bisogna fare nel campo dei tumori quello che è stato già fatto nel campo della tubercolosi e quello che si è proposto nel campo degli ospedali: al centro regionale istituti ospedalieri di studio e di terapia bene organizzati, con letti sufficienti, forniti di apparecchiature moderne e funzionanti con personale preparato a dovere: dal centro regionale irradiazione di dispensari antitumorali istituiti negli agglomerati più popolosi per la terapia razionale dei casi conclamati, per la ricerca dei casi iniziali su cui si può fare affidamento per risultati buoni e per la cura post-operatoria dei casi già trattati e, infine, cosa molto importante ed urgente, da non trascurare per la sua importanza umana e sociale, preparare degli ambienti di assistenza per quei malati cronici nei quali la cura non ha più efficacia e che spesso vengono inumanamente abbandonati al loro destino crudele senza neppure una illusoria speranza.

Vi è da studiare seriamente il problema delle attrezzature che devono poter corrispondere alle reali esigenze dei malati ricoverati evitando che sia concentrato un certo numero di apparecchi costosi o molto costosi e di difficile maneggio in piccoli centri mentre ne rimangono privi degli agglomerati più numerosi.

Anche nel campo degli interventi operatori occorre disciplinare le competenze in modo che siano avviati i casi complicati e di difficile esecuzione (tumori polmonari, tumori cerebrali) ai centri nei quali l'organizzazione è adeguata sottraendo a chirurghi meno competenti certi interventi di notevole delicatezza. E qui cade opportuno ricordare che è estremamente utile il collegamento stretto fra gli istituti di lotta dei tumori con quegli ospedali di alta specializzazione che sono stati previsti nell'Ente di gestione degli ospedali nonchè con i centri universitari dove questi esistono.

Occorre diffondere, poi, nel campo della educazione sanitaria, fra le popolazioni meno evolute il concetto che i tumori non sono delle malattie « incurabili ». I tumori sono delle malattie curabili come tutte le altre malattie anche se in qualche caso la guarigione non è assoluta. Perchè la curabilità sia però assicurata è necessario che la medicina intervenga il più tempestivamente possibile e con tutti i mezzi (e sono tanti al giorno d'oggi) per ottenere i risultati più soddisfacenti.

Una questione che merita inoltre tutta l'attenzione della sanità nel campo della profilassi dei tumori è quella che si riferisce alle sostanze cancerogene e che sono diffuse nell'ambiente in cui vive l'uomo moderno. Bisogna mettere in guardia le popolazioni sull'abuso di fumo di tabacco, di metterlo in guardia contro gli effetti dei gas di scarico della combustione della benzina e degli olii minerali, dalle sostanze derivate dal catrame che servono per numerosissimi usi industriali, da certe sostanze chimiche (additivi), che purtroppo entrano ancora nella composizione di certe sostanze alimentari eccetera eccetera. Sono tutte queste delle misure profilattiche della massima importanza che devono passare dallo stato di studio allo stadio di provvedimenti concreti.

Una esigenza ancora che non va trascurata è quella di creare i quadri della lotta, cioè preparare medici specialisti e perfezionati senza dei quali non si possono avere che i risultati di scarsa entità. I medici che si propongono di trattare l'argomento dei tumori devono poter rimanere presso

gli istituti per un tempo sufficientemente utile e solo dopo protranno svolgere quei compiti che verranno ad essi affidati: si tratta di compiti delicatissimi che non possono sopportare improvvisazioni sempre deprecabili ma più che mai in questa materia di estrema delicatezza.

A questo esercito di medici bene istruito si potrà affidare l'incarico delle visite di massa. È necessario che siano visitati periodicamente tutti quelli che lavorano in ambienti particolarmente inquinati di sostanze accertate o supposte cancerogene. Se si riesce con questo sistema di visite di massa a reperire anche un solo caso di tumore in fase subclinica cioè in quella fase del tutto iniziale in cui il tumore non si manifesta con sintomi clinici evidenti noi avremo salvato un uomo dalla morte perchè i tumori operati in periodo di sviluppo iniziale guariscono, ma avremo anche dal punto di vista scientifico elementi preziosi di studio da portare a contributo per l'origine e la patogenesi dei tumori.

CAP. XV.

POLIOMIELITE

Dopo l'epidemia del 1958 che destò in tutto il Paese serie preoccupazioni, la poliomielite non ha subito in questi anni alcun incremento particolare: anzi si è assistito ad un certo miglioramento della situazione se si esclude una certa recrudescenza verificatasi proprio in questi ultimi mesi. In ogni modo si può dire che i casi denunciati entrano nella normale incidenza endemica proprio del nostro Paese.

Tutti ricordano quanto si è parlato dal 1958 in poi di vaccinazione antipolio per cui vien fatto di porsi una domanda: la vaccinazione antipolio con il vaccino di Salk che fu raccomandata allora ed anzi imposta con molta energia, ha dato realmente risultati concreti? A questa domanda non è possibile dare una risposta precisa perchè questa vaccinazione per quanto intensamente raccomandata ed imposta non fu praticata con quella regolarità che gli studiosi

ritenevano necessaria ed utile: alcuni ragazzi, dopo la prima iniezione, interruppero la profilassi e non fecero nè la seconda nè la terza iniezione: altri più incoscienti non fecero neppure la prima. Ciò vuol dire che, dopo lo stato di allarme, l'ansia della popolazione si attutì e alla poliomielite non si pensò più. A questo elemento di incuria si aggiunse poi un altro elemento di turbamento: alcuni studiosi negarono al vaccino di Salk quella efficacia che tante speranze aveva suscitato nel primo momento. Dopo ciò volendo rispondere alla domanda se la vaccinazione è realmente stata efficace, la nostra risposta non può essere data.

Bisogna ricordare che, contemporaneamente al vaccino di Salk che è costituito da un *virus* inattivo ed ucciso, è stato sperimentato in America ed in Russia l'uso di un vaccino detto di Sabin dal nome dello scopritore e che, a differenza del Salk, è costituito da *virus* viventi la cui azione è stata ottenuta con adatto procedimento. L'atteggiamento degli igienisti in questo caso è stato vario: mentre alcuni si sono schierati per il vaccino di Salk perchè anche se meno efficiente è scevro di pericoli nella sua applicazione, altri hanno attribuito al vaccino di Sabin una maggiore efficacia negando recisamente ogni possibilità di rivirulentazione del *virus* vivente di cui esso è formato.

Finora non si è raggiunta un'entità di vedute: è necessaria ancora una larga sperimentazione che ci dia la sicurezza completa.

Un altro elemento a favore del vaccino di Sabin, oltre a quelli già detti, è quello che può essere usato da quei soggetti che hanno fatto precedentemente il vaccino di Salk.

Risulta ad ogni modo che i Paesi aderenti al blocco comunista affermano che il vaccino di Sabin è riuscito in tutti i casi di applicazione efficace al cento per cento, (Cecoslovacchia) ed ha bloccato delle epidemie che sembravano gravissime.

In attesa di elementi ulteriori di documentazione il Ministro della sanità non aveva finora concesso la registrazione del vaccino di Sabin. Gli ultimi risultati comunicati

dagli scienziati di tutti i Paesi sono stati più soddisfacenti e perciò il vaccino di Sabin sembra di efficacia e innocuo. In base a queste ultime risultanze il Ministro della sanità, confortato dal parere dei componenti del Consiglio superiore di sanità, ha annunciato che concederà la richiesta autorizzazione al vaccino di Sabin.

Si deve dare atto al Ministro con soddisfazione che non è rimasto su posizioni già acquisite ma, tenendo conto dei risultati di studio e di osservazione, ha optato per l'uso del Sabin con speranza di lusinghieri successi.

Sempre in campo profilattico un altro problema connesso con la vaccinazione antipolio è quello relativo alla obbligatorietà di detta vaccinazione.

È consigliabile l'obbligatorietà oppure no? Al relatore sembra di poter ritenere che lo Stato non ha il diritto di imporre una pratica vaccinale senza il consenso dell'interessato. Pertanto occorre ritornare ancora ad insistere sulla educazione sanitaria che si deve sempre più diffondere nel popolo del nostro Paese: un popolo costituito da cittadini che abbia la coscienza di certi pericoli che incombono su di esso si sottopone senza altro alla vaccinazione ed a quanto altro è necessario per un obbligo che egli stesso si impone e che non ha bisogno dell'intervento dello Stato. Perciò confidiamo che il Ministero della sanità, di fronte a questi problemi e di fronte alla utilità constatata di una vaccinazione con il vaccino vivo di Sabin, vorrà usare tutti i mezzi di propaganda di cui dispone per indurre la popolazione ad usufruire di codesto mezzo di profilassi che può consentire una certa tranquillità.

Nel campo degli esiti della poliomielite cioè in quel campo molto importante che permette di consentire la regressione totale o parziale delle paralisi e la ripresa della motilità dove questa sembrava perduta è necessario, come tutti sanno un periodo di rieducazione in adatti istituti. Da noi vi è già una buona rete di distribuzione di essi che è stata peraltro molto estesa dopo il 1958. Ma è necessario ancora incrementarli, attrezzarli nel modo migliore e tenerli

tutti sullo stesso piano di efficienza per questa giustizia distributiva geografica che non deve mai mancare in una società democratica.

CAP. XVI.

MEDICINA SCOLASTICA

Anche la medicina scolastica è compresa nella medicina sociale, ed è medicina sociale di enorme importanza perchè si svolge prevalentemente sul piano preventivo su una popolazione in via di sviluppo somatico e psichico come è quello della fanciullezza e dell'adolescenza.

Il servizio di medicina scolastica è di stretta competenza dell'Ufficiale sanitario del Comune, il quale, ove non abbia il tempo disponibile da dedicare ad esso, può delegare altro medico a prestare servizio nel settore.

L'esame della situazione attuale esistente consente di dire francamente che, salvo eccezioni, il servizio ha funzionato con quella regolarità che sarebbe auspicabile. La ragione di questo servizio non del tutto inappuntabile si deve a vari fattori di cui il più importante è quello di ordine economico: i fondi per il funzionamento di esso devono essere erogati dal Comune il quale non sempre è disposto, per esigenze di bilancio, a considerare questo servizio nella sua reale importanza; per conseguenza i fondi stanziati risultano sempre piuttosto scarsi e comunque non adeguati. Da ciò nasce che gli emolumenti corrisposti ai medici scolastici sono spesso illusori ed allora il sanitario addetto svolge il servizio in maniera non continuativa. Per lo più questo medico, impegnato in altro lavoro di ambulatorio o di ospedale, si limita a fare nella scuola l'indispensabile e trascura di occuparsi di quelle funzioni importanti che sono proprie di una moderna medicina scolastica. Questo avviene nei grandi Comuni: nei piccoli Comuni le cose non si può dire che vadano molto meglio.

Questo per quanto si riferisce alla scuola primaria.

Nella scuola secondaria la medicina scolastica è nata per iniziativa di alcuni provveditori agli studi i quali hanno colmato la lacuna della medicina scolastica da essi considerata di grande valore, e l'hanno istituita di propria volontà. Questo servizio si è svolto finora con scarsi mezzi finanziari di regola erogati dalle Casse scolastiche dei rispettivi Istituti attraverso storni di fondi che avevano ben altra destinazione. Bisogna dare atto di questa iniziativa a quelle autorità scolastiche che hanno istituito il servizio e considerare un titolo di merito per i provveditori, non trascurabile specialmente in quelle sedi dove il servizio funziona con efficienza.

Ora pare giunto il momento di procedere con maggiore regolarità in questo settore così delicato della medicina sociale.

E parliamo prima di tutto dei medici scolastici. Essi svolgono il loro compito come possono, ma al loro posto devono esserci sanitari che conoscono la medicina auxologica, cioè la medicina dello sviluppo del bambino e dell'adolescente e non medici generici. Nell'epoca nella quale il bambino di sei anni abbandona l'ambiente di famiglia dove egli è sottoposto al controllo rigoroso dei suoi genitori ed entra per la prima volta in un ambiente sociale pieno di insidie e di pericoli della più varia specie per il fatto di venire in contatto con altri bambini di provenienza disparata, è necessario che vi sia una protezione per esso fatta in modo razionale.

La prima insidia è quella relativa alle malattie infettive della sua età (malattie esantematiche): di fronte a questo pericolo il medico scolastico deve svolgere una attività quanto mai vigile ed intelligente.

Segue poi il settore delle vaccinazioni obbligatorie o facoltative dove il medico scolastico deve pretendere da tutti la più rigida osservanza delle disposizioni impartite dagli organi responsabili della sanità: vaccinazioni e rivaccinazioni antivaiolose, vaccinazioni con anatossina di Ramon contro la difterite che ha mostrato una così grande efficacia preventiva nel settore della malattia, le vaccinazioni antipolio con il vaccino di Salk o di Sabin (quando questo ultimo sarà messo in distribuzione), vac-

nazione antitubercolare o chemioprolifassi, vaccinazione antitetanica ove fosse approvata la legge attualmente in discussione al Senato eccetera.

Altro compito delicato e non meno difficile che incombe al medico scolastico è la ricerca dei portatori sani o convalescenti di germi patogeni (difterite, tifo, eccetera) per evitare la diffusione o la persistenza endemica di malattie infettive nell'ambiente scolastico: quindi l'azione deve essere svolta con grande cura fino alla sterilizzazione completa dei focolari batterici.

Con legge dell'11 febbraio 1961 la medicina scolastica ha avuto finalmente un suo riconoscimento giuridico: si attende ora che venga pubblicato il regolamento che deve disporre le modalità di svolgimento del servizio: in esso sarà anche stabilito quale parte di competenza spetti al Ministero della sanità e quale parte spetti al Ministero della pubblica istruzione trattandosi di un terreno comune ai due Ministeri. È augurabile che all'atto pratico le disposizioni emanate consentano che il servizio sanitario scolastico venga svolto conformemente alle moderne acquisizioni mediche, e cioè che possano essere conformi ai concetti dettati dalla igiene generale, dalla puericoltura, dalla medicina sportiva ma, principalmente, dalla auxologia che ha nella medicina scolastica il suo principale campo di applicazione. Anche l'educazione sanitaria deve avere un posto importante perchè il cittadino dalla scuola deve derivare il suo comportamento igienico nella vita.

Giacchè siamo in questo campo il relatore si permette di proporre al Ministro Jerolino quel che già fu proposto ed accolto dal suo predecessore, e cioè la istituzione del « libretto sanitario scolastico » come prima applicazione della istituzione del libretto sanitario per tutti i cittadini della Repubblica di cui da qualche anno si parla sempre con maggior interesse. È concetto attuabile, signor Ministro, e la sua applicazione porterebbe benefici numerosi per la prevenzione delle malattie.

Sul libretto sanitario scolastico verrebbero segnati:

- 1) i dati anagrafici del soggetto;

- 2) le malattie dei familiari;
- 3) i dati riguardanti il periodo prescolastico del fanciullo;
- 4) le malattie eventualmente sofferte;
- 5) i dati delle vaccinazioni subite;
- 6) le assenze dalla scuola e le ragioni che le hanno determinate;
- 7) i dati della schermografia;
- 8) lo sviluppo ponderale e lo sviluppo in altezza;
- 9) lo sviluppo psichico ed i progressi scolastici;
- 10) i progressi nella ginnastica e nello sport;
- 11) altri particolari annotazioni su eventuali deviazioni della norma sia sul piano fisico sia sul piano psichico.

Ma è evidente che per l'attuazione di un piano del genere è necessario che a coprire i posti di medico scolastico vi devono essere degli specialisti auxologi che siano ben edotti nei fenomeni che accompagnano lo sviluppo del bambino: oggi questi medici auxologi sono in scarso numero proprio perchè manca la loro utilizzazione nel campo pratico. Ove invece fosse richiesto questo titolo di specialista per diventare medico scolastico non c'è dubbio che si formerebbe la classe di medici auxologi. Ma se ciò avvenisse questi specialisti dovrebbero essere assunti per concorso e assunti stabilmente presso le amministrazioni. Essi resterebbero fissi nella scuola accanto al direttore didattico svolgendo una carriera uguale a tutte le altre.

Solo quando la medicina scolastica fosse messa su piani del genere potrebbe dare prestazioni di enorme utilità nella popolazione scolastica.

Bisogna dare atto al Ministro della sanità che su questa strada si sta avviando con decisione. Infatti nel bilancio in discussione è stata stanziata una somma di 500 milioni: può essere che la somma sia insufficiente, ma bisogna accettarla con entusiasmo perchè rappresenta il primo passo verso altre mete. Il servizio potrà essere ancora più efficiente se i Comuni continueranno a concorrere alle spese nella proporzione degli anni passati.

E prima di chiudere questo capitolo una raccomandazione al Ministro per quello che si riferisce alla sistemazione delle carriere di quel personale che fino adesso ha prestato servizio sia presso scuole di primo grado che presso scuole secondarie; il loro posto essi lo occupano perchè sono stati invitati per chiamata diretta o dall'ufficiale sanitario o dal Provveditore: quindi nessun concorso. Ma è del resto più che giusto che ad essi sia riconosciuto il servizio prestato quando vi sarà la sistemazione della carriera.

CAP. XVII.

SERVIZIO SANITARIO SCOLASTICO NELLE COLONIE

Un particolare settore della medicina scolastica che non va trascurato è quello che si riferisce alle colonie sia permanenti e sia temporanee. È indispensabile (ed il Ministro della sanità potrebbe far bene ad accertarsene) che tutti gli istituti coloniali, qualunque sia l'Ente che ne promuova la istituzione (Stato, Provincia, Croce rossa, Ente di malattia, Opere pie, privati) abbiano un servizio di medicina scolastica obbligatorio ed efficiente in quanto si tratta di vigilare su di una popolazione scolastica che, a differenza delle scuole ordinarie, deriva da un ambiente malsano dove spesso vi può essere una malattia di un genitore o di un fratello o sorella. In queste colonie nessun ragazzo dovrebbe essere ammesso senza il controllo delle vaccinazioni, senza la certezza che egli non sia portatore sano o convalescente di malattie infettive, senza che sia stato praticato l'esame schermografico obbligatorio e la cutireazione alla tubercolosi. L'ammissione di un ragazzo che avesse per disgrazia una affezione tubercolare polmonare in atto potrebbe infettare tutti i bambini ricoverati in una colonia, tenuta presente la facile recettività dell'infanzia alla tubercolosi. Visita preventiva quindi accurata sia clinica che strumentale per il reperimento esatto di tutti quei dati ai quali è stato accennato e che devono essere registrati sul libretto personale e sulla cartella biotipologica che deve rimanere nel-

l'ufficio del medico della colonia. Vi sono vari tipi di cartella biotipologica e non spetta certo al relatore di consigliarne una anzichè un'altra: ogni istituto può farne uno a suo piacimento come avviene attualmente. Ma molto meglio sarebbe se il modello fosse fatto dal Ministero per una maggiore comodità di rilevazione di tutti quei dati statistici che da questi istituti coloniali si potrebbero ricavare e specialmente per il progresso degli studi auxologici della popolazione italiana.

Per ogni colonia il servizio medico dovrebbe essere organizzato su due binari distinti. Uno affidato al medico auxologo che dovrebbe occuparsi dello sviluppo del bambino, dell'andamento igienico della colonia, dell'alimentazione del bambino (altro capitolo di enorme importanza), delle vaccinazioni eccetera: questo sanitario potrebbe anche non risiedere permanentemente in colonia. L'altro binario dovrebbe essere riservato ad un medico curante il quale si dovrebbe occupare di tutti i malanni intercorrenti che possono colpire i bambini ricoverati.

A coadiuvare questi due medici si rende poi necessaria la presenza assidua dell'assistente sanitaria a cui deve essere affidata l'opera di vigilanza diurna e notturna dei bambini. Tutte le variazioni dovrebbero essere riferite direttamente e tempestivamente al medico per i provvedimenti di competenza.

Solo applicando rigidamente queste norme i bambini che vengono inviati nelle colonie potranno trarre quei benefici che è lecito attendersi dalla permanenza di essi al mare, ai monti, in campagna.

Alcuni medici pediatri raccomandano nella scelta della sede delle colonie di tener in particolare evidenza le stazioni termali il cui ambiente sarebbe ricco di emanazione di sostanze ionizzanti. È una raccomandazione da prendere in considerazione anche per il fatto che nelle stazioni termali la vegetazione è molto ricca di verde e lussureggiante ed anche perchè benefici deriverebbero anche dalle emanazioni naturali di zolfo, di iodio, di calcio, di arsenico eccetera,

tanto utili ai fanciulli affetti da adenoidismo, agli anemici, ai denutriti in cura ricostituente.

CAP. XVIII.

CURA E RICOVERO DEI MINORATI FISICI E PSICHICI

Un settore in cui il Ministero ha portato la sua vigile attenzione e su cui ha impegnato una somma di non scarso rilievo è quello che si riferisce al ricupero di una categoria di bambini degna della nostra massima attenzione.

Si tratta di quei soggetti che hanno avuto la disgrazia di essere colpiti da encefalite nel periodo della vita endouterina, i quali non sono in condizioni di compiere neppure gli atti più elementari sia della vita di relazione che della vita vegetativa: sono quelli che comunemente si chiamano affetti da paralisi spastiche. (In questa categoria sono stati inclusi dalla legge anche quelli affetti da lussazione congenita dell'anca che però presentano uno stato di gravità molto meno sensibile e che oggi possono giovare, con effetto, di cure chirurgiche).

Per i bambini affetti da paralisi spastiche è indispensabile una assistenza ininterrotta e costante. Ciò viene ottenuto mercè il ricovero in adatti istituti ove operano medici e infermiere specializzati.

I risultati che vengono conseguiti quando le cure e l'assistenza si instaurano precocemente sono notevoli. I bambini che entrano in istituto senza possedere neppure la capacità di compiere gli atti fisiologici elementari da sè, che non sono capaci di tenere in mano neppure un bicchiere per bere, che passano le giornate sempre appollaiati per terra senza poter fare un passo, finiscono, dopo opportune cure per imparare a muoversi, a camminare e in casi favorevoli, perfino a bastare a se stessi.

Questi miracoli fanno grande impressione perchè dimostrano quanto grande può essere l'infelicità umana e quanto efficace può essere d'altra parte la pietà e il soccorso degli altri fratelli quando giunge opportuna ed efficiente.

Bene perciò ha fatto il Ministero ad includere nel bilancio che stiamo esaminando un capitolo che prevede la spesa di 1 miliardo e 165 milioni destinati ai trenta istituti che agiscono in tutto il territorio nazionale.

È ben vero che anche con questa assistenza, pur se efficiente ed amorevole, difficilmente si ottiene il risultato di un ripristino funzionale completo dimodochè sia possibile avviare il soggetto ad un lavoro utile. Ciò dipende anche dal fatto che le paralisi spastiche spessissimo si associano ad una deficienza psichica non facilmente eliminabile. Il che rende sempre più problematica la risoluzione di questo grave problema. Ma non bisogna perdersi d'animo e bisogna proseguire sulla strada percorsa fino adesso. Il risultato sarà migliore se a quest'opera di rieducazione oltre al Ministero della sanità saranno chiamati a provvedere l'Opera nazionale maternità e infanzia e per la parte di sua competenza l'I.N.A.M. e gli altri Enti mutualistici.

Non meno grave è il problema che si riferisce agli anormali psichici che sono piuttosto numerosi ed hanno bisogno di tutta la solidarietà umana. È veramente pietosa la sorte di questi bambini che, nati con una tara cerebrale, non sono in condizione di seguire i loro coetanei nell'apprendimento delle cose della vita e rimangono più o meno arretrati a secondo del grado della loro malattia. Anche per essi occorre provvedere con la creazione di istituti idonei dove, applicando con pazienza metodi scientifici specializzati, riesce possibile una rieducazione che consenta la partecipazione almeno parziale di essi alla vita sociale. Per i casi gravi di ritardo psichico deve provvedere il Ministero della sanità: ciò che sta facendo moltiplicando gli istituti e dotandoli delle necessarie attrezzature. Per quei bambini in cui la tara morbosa non è molto marcata provvedono le autorità scolastiche con la costituzione di scuole differenziate. Si richiama l'attenzione sulla necessità che in questo settore non manchi la coordinazione dei due Ministeri interessati perchè vengano eseguite visite di spe-

cialisti psichiatri anche nelle scuole differenziate. Sia per la rieducazione dei minorati fisici (spastici) e sia per quella dei minorati psichici è auspicabile un ulteriore incremento dello stanziamento già cospicuo di bilancio perchè si tratta di malati per i quali la degenza negli istituti non è solo lunga, ma è lunghissima: così che spesso mancano i posti disponibili e gli aventi bisogno sono costretti a peregrinare da un istituto all'altro, da una provincia all'altra. Ed inoltre le direzioni per far posto ad altri malati possono essere costrette a dimettere i ricoverati prima che essi abbiano ottenuto il massimo di riabilitazione.

Ma non sono solo questi i minorati della società: a questi minorati congeniti bisogna aggiungere la larga schiera dei minorati civili dei quali il Ministero della sanità non può disinteressarsi completamente. Anche se molti di questi sono stabilizzati come per esempio i ciechi, i sordi, i sordomuti che ricevono aiuti dal Ministero dell'interno, devono pure essere guardati dal Ministero della sanità per essere messi in condizione di vivere una vita sopportabile onde evitare quelle manifestazioni di « Marcia su Roma » che non sono decorose per un paese civile come il nostro.

CAP. XIX.

INCIDENTI STRADALI

Un'altra piaga della nostra società che tocca ancora il Ministero della sanità è quella dei minorati fisici la cui maggior parte è costituita dalle vittime degli incidenti stradali. Anche questo problema deve essere studiato dal Ministero della sanità per la grande responsabilità che esso comporta. E anzi, per stimolare la risoluzione di esso e per spingere le Sanità mondiali verso una rigorosa azione in questo settore, l'organizzazione mondiale della Sanità proprio l'anno scorso mise all'ordine del giorno l'incidente stradale e promosse conferenze su questo tema in tutto il mondo.

L'incidente stradale richiama l'attenzione del Ministero della sanità in vari momenti:

1) Nel momento nel quale l'incidente si determina e nel quale si rende estremamente necessario il soccorso che deve essere pronto, intelligente e prestato adoperando tutti i mezzi che la moderna medicina mette a nostra disposizione senza alcuna esclusione. La Sanità italiana ha facilitato l'impianto di posti di pronto soccorso bene attrezzati e bene collegati lungo tutte le autostrade d'Italia mercè la collaborazione dell'Istituto della medicina del traffico con la Croce rossa italiana. Ma non è sufficiente che questi posti di soccorso siano scaglionati solo sull'autostrada del sole o su autostrade di grande traffico. Anche su altre strade bisogna dislocare questi posti di soccorso tenendo presente i dati della intensità del traffico automobilistico e la frequenza statistica degli incidenti.

Certamente una collaborazione con lo A.C.I. potrà giovare per una migliore organizzazione dei servizi. Quando un soccorso è fatto con immediatezza, da personale ben qualificato, con mezzi validi, la lesione traumatica può guarire presto, bene o con scarsi reliquati: il che significa che viene evitata una minorazione fisica che grava sulla società per tutto il periodo di una vita umana.

2) Nel momento nel quale il paziente traumatizzato viene ricoverato all'ospedale. Salvo casi di gravità eccezionale e di pericolo immediato di vita si dovrebbe evitare il ricovero del traumatizzato in un « qualunque ospedale civile ». Per la guarigione senza esiti o con esiti minimi è necessaria l'opera del traumatologo specialista. Con ciò non si vuole certamente dire che i chirurghi anche di valore non possano eseguire a dovere una riduzione di frattura chiusa o esposta, ma si è che essi non sempre amano svolgere questo lavoro con lo stesso amore con cui operano una lesione viscerale. Si rende necessario incrementare la chirurgia traumatologica creando in tutti gli ospedali d'importanza delle sezioni ortopedico-traumatologiche per un miglior andamento del servizio.

3) Nel momento nel quale alla guarigione clinica della lesione deve seguire la cura funzionale per la ripresa della capacità lavorativa. Questa ripresa funzionale non si potrà mai ottenere se non s'impianta in ogni ospedale che ricovera traumatizzati una sezione di terapia fisica.

Questi istituti di terapia fisica in Italia non sono molto numerosi. Solo in qualche grande ospedale del Nord si vede in funzione tale attività. Occorre moltiplicarli e nello stesso tempo impiegare personale specializzato. Esiste a Firenze una scuola di massaggiatori ciechi che rilascia ogni anno un certo numero di diplomi: ma purtroppo molti di questi diplomati non vengono assunti, come prescrive la legge, negli ospedali civili per esercitare la loro attività; occorre vigilare su questo punto che è di notevole importanza.

Naturalmente non tutta la terapia fisica si esaurisce nel massaggio; vi sono tante altre manovre che concorrono a ripristinare nell'arto lesa la circolazione del sangue, a vivificare il trofismo dei muscoli ed a rendere flessibili le articolazioni mentre i nervi motori sono stimolati alla conduzione. Tutte queste e altre pratiche bisogna fare sull'infortunato per evitare che questo automobilismo spesso sfrenato ed ineducato possa creare in Italia un esercito di storpi e di sciancati che graveranno col loro peso sulle loro famiglie ed in definitiva su tutta la società.

E già che siamo in campo d'infortuni stradali, sembra opportuno raccomandare l'approvazione della legge che rende obbligatoria l'assicurazione delle automobili; ove questo provvedimento fosse approvato se ne avrebbe un beneficio anche nel campo della sanità.

L'enorme numero di automobili che circola sulle strade del nostro Paese, i frequenti incidenti automobilistici sempre gravi di conseguenze disastrose, oltre ad imporre il provvedimento di assicurazione, deve impegnare anche la sanità per una campagna che induca l'automobilista alla massima prudenza sulle strade per la sua e per l'altrui volontà. Chi non segue le norme del codice stradale venga privato senz'altro del-

la patente di guida definitivamente. In questo modo il provvedimento potrebbe essere salutare per tutti.

CAP. XX.

LARINGECTOMIZZATI

Una categoria particolare di minorati fisici che merita l'attenzione della Sanità è quella che riguarda i laringectomizzati, cioè quella categoria di soggetti, che affetti da cancro della laringe, vengono sottoposti a quella gravissima operazione che si chiama laringectomia e che consiste nella asportazione chirurgica dell'organo vocale nella sua totalità.

Questi poveri infelici che fino al giorno, precedente alla scoperta della malattia esercitavano una attività lavorativa, privati della voce, cioè di quella facoltà per cui l'uomo si distingue dagli altri esseri viventi non umani, si vengono a trovare improvvisamente in una condizione disperata. Alcuni di questi soggetti dopo l'intervento chirurgico e dopo aver provato l'infelicità che loro deriva dalla mancanza della voce, si tolgono la vita nell'impossibilità di sopravvivere alla mutilazione. Gli altri che sopravvivono chiedono di essere aiutati a reinserirsi nel mondo dei sani. Per questi mutilati sono in funzione da qualche tempo delle scuole di rieducazione fonetica dove il malato impara ad ingoiare l'aria nell'esofago e, facendola uscire in una particolare maniera dalla bocca riesce in qualche modo a farsi intendere (è la voce del ventriloquo).

Che cosa si chiede per questi relitti umani che vanno sempre più aumentando di numero così come va aumentando l'insorgenza del cancro della laringe?

Si chiede che il Ministero della sanità istituisca un fondo, non cospicuo, da cui sia possibile prelevare quanto serve per:

1) incrementare ed organizzare sempre meglio le scuole di rieducazione fonetica già funzionanti e costituirne delle altre dove mancano;

2) procurare ad essi quegli strumenti che servono ad aumentare la capacità fonetica;

3) rendere meno penoso il primo anno od il primo semestre di mutilazione concedendo un sussidio, estensibile alla famiglia come si fa per i malati di tubercolosi dimessi dai sanatori.

Risulta che il Ministero della sanità, interessato alla risoluzione di questo problema, sta studiando le modalità di applicazione di questo soccorso.

Sarebbe, signor Ministro, un'altra opera buona che può onorare il suo dicastero.

CAP. XXI.

EDUCAZIONE SANITARIA

Per le spese di propaganda sanitaria, per l'educazione igienica e per la partecipazione a mostre, fiere e congressi nazionali ed internazionali è prevista nel bilancio in discussione la spesa di 240 milioni riducibili a 195 milioni in relazione a previste minori esigenze.

Non è chi non veda come questo capitolo, sebbene incrementato nei confronti dei bilanci precedenti, sia assolutamente inadeguato alle esigenze moderne. La vita culturale attuale non può prescindere da frequenti contatti personali che si devono svolgere fra uomini di scienza sanitaria e che perciò, in luogo di essere ridotti, devono essere incrementati. Se i congressi di medicina e di tutte le specialità mediche e chirurgiche si vanno sviluppando, ciò si deve al fatto che il progresso medico è rapido e nessuno può fermarsi sulle posizioni raggiunte. Chi partecipa ad un congresso acquisisce sempre nuove cognizioni e partecipa al progresso degli altri. Sotto questo profilo bisogna incoraggiare gli studiosi che chiedono di partecipare alle assise nazionali ed internazionali.

Nello stesso capitolo e per la stessa spesa globale è prevista la partecipazione della nostra Sanità a mostre nazionali ed internazionali. È ben poca cosa quando si considera il valore che ha una mostra sia che si proponga di valorizzare i nostri istituti, sia che si proponga di far partecipare il

popolo a questi progressi. Chi ha visitato fra i colleghi del Parlamento la Mostra internazionale della sanità allestita in Roma nel 1960-61 in quel magnifico quartiere della capitale che è l'E.U.R. si è reso certamente conto del grande servizio che una mostra del genere ha reso a tutto il Paese. Ha visitato questa manifestazione oltre mezzo milione di visitatori sia italiani che stranieri. Tutti hanno potuto constatare come si muove la sanità italiana in tutti i suoi settori dall'igiene all'infortunistica, dalla medicina socializzata alla medicina legale, dagli ospedali alle università, alle colonie: tutti i settori furono allestiti nella più grande ampiezza e lucidità. Perché non rinnovare almeno ogni biennio queste manifestazioni che tanto consenso hanno raccolto e che tanto utile hanno portato alla educazione sanitaria?

La educazione igienico-sanitaria deve essere alla base di una politica di uno Stato moderno: ma non una educazione sanitaria che si identifichi con una inutile e spesso dannosa volgarizzazione della medicina e dell'igiene, bensì una educazione sanitaria che tenda a creare quella coscienza igienica capace di modificare le abitudini di vita dell'individuo, nell'ambiente di famiglia, nel lavoro, dello svago, in tutte le fasi della esistenza umana. Questa educazione sanitaria deve derivare soprattutto in tutti i paesi civili dalla osservazione quotidiana e dalla riflessione che devono esse portare alla formazione igienica da cui deriva in definitiva lo stato di benessere fisico, mentale, morale e sociale per un pieno ed equilibrato rendimento della persona umana.

In conclusione questa educazione sanitaria per rendersi utile ed operante nella vita dell'individuo deve attingere gli elementi educativi nella pubblica società divisa nei vari settori e li deve trasferire attivamente nella famiglia, nella scuola, nella strada, nelle officine, nella campagna, dovunque. A questi presupposti si è ispirata la Mostra internazionale di Roma e si è ispirato il 5° Congresso internazionale di educazione sanitaria che si è tenuta a Filadelfia nel giugno di quest'anno e dove sono convenuti rappresentanti di 64 Paesi provenienti da tutte le parti del mondo.

Ciascuno di essi ha portato il contributo delle proprie esperienze, mentre l'Italia ha partecipato con alcuni studiosi a questo problema dimostrando quanto si fa da noi per il benessere della popolazione.

CAP. XXII.

FARMACIE

Il numero davvero notevole di progetti di legge per la riforma delle farmacie in Italia che giacciono nei due rami del Parlamento e che ammontano alla cifra di 28 è dimostrazione di quanto sia intricata questa questione. Ma la Commissione igiene e sanità del Senato è decisa a risolvere prima della fine della presente legislatura questa questione. Ne ha preso solenne impegno il nostro nuovo Presidente senatore Lorenzi nell'atto di prendere possesso della sua alta carica.

Sembra già superato lo scoglio che si riferisce al rapporto tra popolazione e numero di farmacie: il limite stabilito dal Senato di 4.000 abitanti per ogni farmacia è sembrato equo e pare che sia anche stato accettato dalle categorie interessate. Altri punti controversi sono stati anche superati come quelli che si riferiscono alla valutazione dei titoli nei concorsi e come quello che sancisce il diritto dei farmacisti non titolari di occupare il 50 per cento dei posti che verranno messi a concorso appena sarà promulgata la legge.

Altro scoglio che era sorto in seno alla nostra Commissione relativa alle farmacie comunali è stato risolto con soddisfazione di tutti.

Son tutti passi avanti che faciliteranno l'iter del disegno di legge.

Altri provvedimenti ancora sono stati approvati dalla Camera dei deputati, quali quello concernente facilitazioni per i farmacisti rurali che si impegnano con sacrificio ad assicurare una adeguata assistenza farmaceutica nei piccoli Comuni. Questi farmacisti vengono compensati con adeguati contributi di residenza e con degli sconti che loro derivano dalla vendita di medicinali per conto degli Enti di malattia.

Non è tutto: ma a poco a poco anche la spinosa questione delle farmacie sarà risolta e sarà data a questa benemerita categoria di professionisti ciò che essi da tempo giustamente reclamano.

CAP. XXIII.

FRODI E SOFISTICAZIONI ALIMENTARI

Capitolo importantissimo questo e di vaste proporzioni che in una Relazione sul bilancio della Sanità deve avere la sua proporzionale evidenza.

Il cittadino in generale è molto sensibile ai problemi che si riferiscono alle frodi ed alle sofisticazioni alimentari e reagisce violentemente contro ogni attentato che si cerchi di compiere in un settore che può mettere in pericolo la sua incolumità.

Si potrebbe chiedere: quando è sorta la frode e la sofisticazione degli alimenti?

In una società che abbia una struttura prevalentemente agricola, come era la nostra fino a 30 o 40 anni fa, con una organizzazione del tutto primitiva di scambi commerciali di prodotti alimentari non esisteva evidentemente nè la frode e tanto meno la sofisticazione degli alimenti: e se anche esisteva, doveva considerarsi di proporzioni minime. In una siffatta società infatti il prodotto alimentare, che derivava dal potere a conduzione per lo più familiare, o si consumava nella stessa famiglia colonica, oppure veniva ceduto a chi non si occupava di agricoltura: ma la cessione si faceva su un piano di fiducia o di amicizia ma non su un piano commerciale nel senso moderno della parola. Di conseguenza non appariva necessario mai o quasi mai l'intervento delle autorità sanitarie per colpire una frode o una sofisticazione inesistente: era lo stesso consumatore che per esperienza acquisita empiricamente controllava personalmente l'acquisto ed era sicuro di non sbagliare.

La questione delle frodi e delle sofisticazioni alimentari si è posta solo quando, aumentati gli abitanti dei nuclei urbani e tra-

sformata la società da rurale in una società mista rurale e industriale, si è dovuto per necessità far ricorso a prodotti alimentari che dovevano essere conservati per un certo periodo di tempo per esigenza di distribuzione: donde l'intervento di manipolazioni che hanno cominciato ad influire sulla genuinità degli alimenti.

Come si vede, dunque, in questo modo, mano a mano che si è modificata la struttura sociale, è diminuita la genuinità del prodotto alimentare ed è comparsa la frode e la sofisticazione.

Questo breve *excursus* storico consente di fare una affermazione e dire che « la genuinità dei prodotti alimentari è in ragione inversa del progresso della società » cioè, in altri termini, quanto più si eleva il grado sociale di un popolo tanto più si fa concreta l'insidia alla sua alimentazione per l'immissione sul mercato di prodotti sofisticati e nei quali la frode prende un aspetto più concreto.

Ne consegue che i servizi di vigilanza annonaria di un ente come è il Ministero della sanità devono andare incontro ad un perfezionamento che sarà sempre maggiore mano a mano che il livello di vita della società si eleva, che si perfezionano a scopo commerciale i mezzi di conservazione degli alimenti e si fa più massiccio l'intervento della chimica industriale e merceologica.

Per conservare più o meno a lungo certi prodotti alimentari le popolazioni primitive si servirono sempre di mezzi empirici più o meno efficienti: salatura, conservazione sotto olio o sotto aceto, affumicature, seccatura, cottura parziale e via di seguito: tutti questi mezzi furono adoperati e ritenuti validi per secoli. Oggi vanno gradualmente scomparendo, mano a mano che si introducono nuovi mezzi che si sostituiscono all'empirismo primitivo; i mezzi di conservazione si fanno sempre più perfetti e riescono a raggiungere quei risultati che sembrano talora addirittura stupefacenti: infatti si vedono oggi sul mercato alimentare delle confezioni industriali che fanno apparire gli alimenti conservati ancora migliori di quelli genuini. Ecco a questo punto costituita la figura della frode cioè

la tendenza ad alterare l'aspetto ed anche la composizione di un alimento per farlo apparire diverso da quello che è realmente.

La frequenza talora notevole con cui vengono applicate nell'industria e nel commercio queste tecniche di trasformazione e di conservazione dei generi alimentari e la perfezione raggiunta dai mezzi scientifici applicati rende sempre più difficile il controllo da parte delle autorità sanitarie anche se esse nulla trascurano per seguire i progressi tecnici del settore.

Questa difficoltà di controllo non sfugge al pubblico il quale perciò diventa sospettoso e spesso non esita ad accusare le autorità di scarsa vigilanza. Di qui nasce la necessità di organizzare su un piano sempre più moderno quei laboratori di indagini e di vigilanza annonaria e organizzarli con ogni cura perchè il pubblico sappia che in ogni momento egli è protetto dagli assalti che possono provenire da industriali senza scrupolo avidi solo di guadagno. Ed ancora occorre che, per svolgere bene e compiutamente questa funzione, i laboratori adibiti al controllo devono essere sempre aggiornati per poter provvedere nelle analisi con la stessa velocità e con la stessa perfezione con cui procedono i sofisticatori ed i frodatori.

Non sembra opportuno di entrare a parlare degli episodi che si sono verificati anche recentemente (Polvere Bovis) e che, mentre hanno determinato presso il Ministero della sanità un atteggiamento di estrema prudenza che non può non essere ritenuto quanto mai opportuno, ha visto invece certe Autorità locali invase da spirito puritano prendere contro commercianti provvedimenti che avrebbero richiesto per lo meno una maggiore ponderazione.

Si può affermare comunque, e questo ribadendo ad onore della Sanità, che in questi anni il settore alimentare è stato tenuto in particolare evidenza ed il Ministero competente ha agito con tempestività in ogni circostanza adottando, quando necessario, provvedimenti degni di apprezzamento.

La legge recentemente approvata con procedura di urgenza dalle due Camere e recante norme per la disciplina igienica del-

la produzione e della vendita delle sostanze alimentari; la legge che detta norme per il consumo e la produzione della birra, la legge che stabilisce la classificazione dei vari olii commestibili ed altri provvedimenti adottati dimostrano un atteggiamento tempestivo che va lodato.

Ma l'azione del Ministero della sanità non si ferma qui e procede gradualmente a portare ordine in questa materia: altri provvedimenti sono allo studio come è quello sulla disciplina della lavorazione e il commercio del pane, dei derivati e delle paste alimentari, quello sulla organizzazione e riorganizzazione delle centrali del latte e via di seguito.

Non può essere passato sotto silenzio in questa rapida rassegna il problema che riguarda l'uso di sostanze estrogene usate in pollicoltura per accelerare la crescita dei polli in batteria: la questione è stata risolta con una legge che il Senato ha approvato e con cui si vieta l'uso di sostanze ormoniche nel settore.

Senonchè il problema dell'uso degli ormoni nel campo dei prodotti zootecnici non si esaurisce nei polli ma comincia ad allargarsi a molti altri prodotti carnei usati per uso alimentari.

La scienza che si occupa di ormonologia nel campo biologico ha trovato la possibilità di applicazione di alcune sostanze ormoniche, oltre che nei polli, anche in altra specie di bestiame che può essere più facilmente ingrassato di quanto non sia possibile naturalmente. Così per esempio si è scoperto che possono essere ingrassati più rapidamente i vitelli mercè l'uso di sostanze antitiroidee, e che l'uso di certo mangime opportunamente trattato consente una più rapida crescita degli animali da macello. Ecco come le autorità sanitarie si trovano di fronte a problemi nuovi che richiedono profondo studio e grande ponderazione prima che si possa esprimere un giudizio e prima che si possa pensare a provvedimenti che possono essere anche controproducenti.

Gli studi che si conducono in tutto il mondo in questi settori e le ricerche che si fanno sono innumerevoli: sui risultati rag-

giunti occorre lungamente fermarsi per ponderare.

L'industria per sua natura cerca di produrre materiale alimentare sempre più abbondante da immettere sul mercato e a prezzo più conveniente: e per ottenere questo risultato si serve di quei mezzi che gli vengono forniti dalla scienza biologica. Ora si tratta di vedere se i risultati di questa fatica sono « sempre » accettabili. La risposta a questo interrogativo, è difficile.

Prima di tutto è necessario sgombrare il terreno di alcuni pregiudizi. Per esempio si potrebbe chiedere: esiste realmente una apprezzabile differenza, dal punto di vista del valore alimentare, fra un pollo prodotto in batteria ed un pollo detto ruspante? E ancora: vi è realmente una differenza fra la carne di un vitello ingrassato con i mezzi tradizionali ed un vitello sottoposto a trattamento ormonico con antitiroidina?

Ed ancora: se vi è proibizione nell'uso degli estrogeni per ingrassare i polli perchè si continua a mangiare con piacere un pollo reso cappone ricorrendo ad un sistema che in fondo è come quello estrogenico?

La risposta a questi interrogativi non si può dare con facilità e comunque prima di prendere decisioni conviene attendere.

Occorrerà molto tempo, occorreranno molti studi, sarà necessaria l'acquisizione di una larga esperienza prima di adottare una linea di condotta che, mentre cerca di mantenere certi metodi nel piano tradizionale di allevamento si oppone alla immisione sul mercato di prodotti che risolvono il problema della fame nel mondo.

Ma gli interrogativi non si fermano qui. I problemi che si pongono sono molti e tutti devono essere guardati con criteri avveniristici e non tradizionali. Il progresso anche in questo campo è enorme.

Così per esempio come comportarsi di fronte alle pratiche per cui viene consigliato di aggiungere all'alimentazione di certi animali da macello del materiale residuo dalla fabbricazione degli antibiotici per uso umano, materiale che, se da una parte ha il potere di aumentare più rapidamente il peso della bestia da macello, può far sorgere nello scienziato di medicina delle per-

plexità sulla resistenza che l'uomo può acquisire mangiando questa carne, di fronte ad un antibiotico che gli può venire somministrato in caso di malattia? Chi può rispondere? L'esperienza potrà dire forse domani una parola al riguardo.

Alcuni studiosi hanno richiamato l'attenzione perfino sul concime che serve in agricoltura per aumentare il prodotto del suolo affermando che usando certi prodotti si ottengono dei frutti che possono provocare anche alterazioni patologiche nell'uomo, alterazioni che possono venire sia mangiando il frutto direttamente, sia mangiando le carni degli animali che si sono nutriti di quelle sostanze vegetali di quella derivazione. Con ciò si entra nello studio del più fine metabolismo sia dell'uomo, sia degli animali e sia di tutta la sostanza vivente che esiste nel mondo. Che si può rispondere? Le riviste di tutto il mondo ogni giorno riportano casi abnormi che si presentano all'osservazione e che prospettano questi problemi che offrono il tema di nuove ricerche scientifiche. Si può dire che « Secol si rinnova ». Del resto i medici non si trovano di fronte ogni giorno a manifestazioni nuove che hanno nel corso di qualche decennio trasformato radicalmente quella che si chiamava la *patologia classica*? Tutti sanno che alcune malattie sono scomparse mentre altre sono venute sulla terra a rendere infelice l'uomo: sono scomparsi molti germi patogeni di tipo batterico e sono stati sostituiti dai virus che fino a 40 anni fa erano del tutto sconosciuti.

Tutto ciò dimostra che l'ambiente nel quale l'uomo vive si modifica ogni giorno più o meno profondamente e che anche lui l'uomo modifica la sua natura, la sua composizione anatomica, la sua fisiologia la sua reattività di fronte agli aggressori ambientali.

La Sanità di fronte a tutti questi problemi, a tutte queste incognite biologiche deve vigilare tenendo conto di tutte queste trasformazioni che si producono in questo nostro Mondo che, protendendosi verso la conquista degli astri, pone ancora altri interrogativi ed altri ne porrà ancora, sem-

pre! Ogni conquista non è mai un punto di arrivo ma un punto di partenza! Occorre sempre vigilare.

CAP. XXIV.

SCUOLE DI DIETETICA

In una recente intervista concessa dal ministro Jervolino ad un giornale settimanale si parlò di una « Scuola di dietetica » che si vorrebbe creare o incrementare. Non si è capito bene.

È noto che da oltre un ventennio fu costituito presso gli Ospedali riuniti di Roma un Istituto di alimentazione e di dietologia a cui fu annessa una Scuola di dietetica alla cui frequenza erano ammessi medici e infermiere per il conseguimento del diploma di medico dietologo e di infermiere dietista.

Questo Istituto, che è affidato alla Direzione di un illustre Fisiologo, il professor E. Serianni svolge la sua attività conformemente allo statuto di fondazione.

Ambedue queste entità, l'Istituto di alimentazione e la Scuola di dietologia continuano nella loro attività formativa del personale di dietologia mentre provvedono anche a modificare e migliorare l'alimentazione ospedaliera in modo particolare.

Esiste anche un Istituto dell'alimentazione presso l'Università di Roma. Se è in programma del Ministero della sanità la creazione di un nuovo organismo che agisca sul piano nazionale non è noto. Ad ogni modo se è nella intenzione del Ministro questo progetto non vi sarebbe da fare altro osserva il Relatore, che potenziare l'Istituto di alimentazione e di dietetica di Roma che ha la possibilità di adempiere a funzioni anche più allargate.

Per l'occasione si ritiene opportuno di auspicare l'introduzione del servizio dietologico in tutti gli ospedali della Repubblica per eliminare quei malcontenti che spesso vi sono quando la cucina ospedaliera ha delle deficienze a causa della incompetenza del personale addetto.

CAP. XXV.

MEDICINALI

L'Italia possiede una Industria chimico-farmaceutica veramente florida ed è capace di provvedere in ogni momento ed ampiamente al fabbisogno nazionale di medicinali. Essa esporta inoltre prodotti italiani in tutte le parti del Mondo contribuendo così a rendere sempre più florida e attiva la nostra Bilancia dei pagamenti.

Occorre però che sia studiata e che finalmente si arrivi ad una conclusione per quello che si riferisce alla cosiddetta brevettabilità dei medicinali che, è noto, si trova allo studio di una speciale commissione incaricata di riferire al Ministero dell'industria e del commercio ed al Ministero della sanità. Il compito di questa Commissione è quello di accertare le condizioni tecnico economico in rapporto all'attuale legislazione e formulare proposte per una regolamentazione della materia.

Pare che la conclusione alla quale è pervenuta l'anzidetta Commissione si trova ora al vaglio dei Ministri competenti sostituendo la base per quelle iniziative di carattere legislativo che il Governo riterrà opportuno di prendere e di sottoporre al Parlamento.

Non sfugge certo alla vigile attenzione del ministro Jervolino quanto sia importante questa materia sia sotto il profilo industriale e sia sotto il profilo della tutela della salute pubblica e quindi non si può dubitare che il medicamento non potrà mai essere considerato un prodotto industriale qualunque sia, ma bensì un prodotto particolare prescritto dal medico, fabbricato da chimici e industriali e destinato ad un soggetto particolare che per noi deve essere sacro e cioè il malato. Per queste ragioni è auspicabile che con la collaborazione del Governo e del Parlamento il problema della brevettabilità dei medicinali sarà avviato anche in Italia ad una soluzione che sia confacente alle esigenze della pubblica sanità.

Ma oltre alla brevettabilità la questione dei medicinali si presenta difficile anche per altre ragioni: ogni medicamento che viene presentato al Ministero per l'approvazione presenta problemi immediati e problemi a distanza cioè problemi che sono in rapporto con l'azione medicamentosa che viene attribuita al medicamento nell'atto della registrazione ma anche problemi che si presentano a distanza di tempo dopo che il medicamento è stato usato e che può manifestare a distanza degli effetti non previsti nè prevedibili.

Basta fra tutte riferirci a quanto si è detto e si continua a dire di una sostanza che, all'atto della scoperta, doveva essere definita per lo meno miracolosa: mi riferisco al talidomide.

Questa sostanza è una Stalnil dell'acido glutarico, studiato dal farmacologo tedesco Stochery e immesso in commercio con la qualifica di tranquillante nel 1957 con il nome Contergan o di Saltenen o di Distoal. Nel 1961 e nel 1962 si comincia a notare nella Germania occidentale una frequenza più accentuata di mostruosità in parti di donne che avevano fatto uso di tali sostanze: il numero delle mostruosità ad un certo punto raggiunge la cifra di 3.000. A questo punto la preoccupazione spinse gli organi della Sanità a compiere delle indagini che portarono a riconoscere nel talidomide la sostanza capace di influire sul prodotto del concepimento nel periodo da uno a tre mesi.

Come tutti sanno, il problema ha raggiunto oggi delle proporzioni di vasta portata, proporzioni che furono anche aumentate nel pubblico fino allora indifferente quando una annunciatrice della TV americana chiese di trasferirsi all'estero, in Svezia, dove è stata chirurgicamente liberata da un prodotto di concepimento che « poteva » essere morbosissimo in conseguenza del fatto che ella aveva fatto uso del talidomide.

Ora cosa è stato fatto da noi? A un certo momento, in esito a un Congresso di farmacologi e clinici, sono stati ritirati dal commercio un numero piuttosto elevato di tranquillanti. In base a quali elementi il provvedimento è stato preso?

Sono in realtà questi prodotti responsabili delle conseguenze teratologiche loro attribuite?

E se domani lo stesso effetto fosse « sospettato » per altri medicinali: per esempio per la tetraciclina che è di uso tanto diffuso?

Sono domande che hanno un enorme valore sia teorico e sia pratico: del resto è evidente che non si può escludere dal commercio un medicamento che « si presume » possa danneggiare la donna nel periodo del concepimento. E se avesse anche altre proprietà tossiche oltre che nel prodotto del concepimento anche sugli elementi maschili e femminili prima della loro unione? E se ci fossero altre alterazioni che noi oggi non conosciamo?

Ecco di qui la necessità che questo settore della sanità pubblica sia guardato con la massima attenzione perchè la moderna medicina scientifica non adopera più medicinali delle piante la cui azione poteva essere più facilmente controllata, ma deriva da sostanze chimiche che si producono in laboratorio e che spesso sono « provate » nella loro azione farmacologica solo sugli animali. L'esperimento sull'uomo avviene « anche » e si fa nelle cliniche e negli ospedali con metodi che non offrono « sempre » quel grado di sicurezza che è necessario per la salvaguardia della salute degli individui.

Si reputa necessario inoltre ogni tanto qualche inchiesta sull'azione di questo o quel medicinale fatto da un Istituto qualificato per controllare l'azione a distanza.

La vigilanza deve essere continua e sempre attenta e fatta con ogni diligenza.

CAP. XXVI.

ENTI VIGILATI DAL MINISTERO DELLA SANITA'

Croce rossa italiana

Nel Bilancio in discussione il capitolo relativo alla Croce rossa italiana è rimasto invariato sulla cifra di 600 milioni com'era nel bilancio precedente. Questo significa che

la Croce rossa italiana con detta somma ha potuto svolgere in maniera completa e soddisfacente i suoi compiti di Istituto.

Ma corre l'obbligo al relatore di ricordare come, non più tardi di due mesi fa, l'11^a Commissione di igiene e sanità del Senato in occasione dell'approvazione di una legge che alla Croce rossa si riferiva, chiese che il Governo nominasse una commissione di esperti per rivedere lo Statuto dell'Ente alla luce della moderna organizzazione sanitaria del mondo. Gli ordinamenti infatti su cui questa benemerita umanitaria istituzione si regge, sono del tutto antiquati e superati.

La Croce rossa italiana nell'anno decorso ha organizzato nel suo seno un nuovo servizio di pubblica utilità che è quello dei pronti soccorso stradali. Questa realizzazione si è compiuta nell'ambito della Croce rossa italiana mercè la creazione di un Istituto della Medicina del traffico.

Dire della opportunità di questo servizio in un momento come l'attuale in cui gli incidenti della strada sono tanto frequenti e sono a conoscenza di tutti è fuori di luogo: donde la opportunità di lodare questa iniziativa della Croce rossa italiana che ha compiuto ancora una volta il suo dovere.

Si richiede però, come è stato detto in altra parte di questa relazione che questi posti di soccorso siano ulteriormente aumentati e che siano tutti modernamente attrezzati sotto il controllo di sanitari idonei a svolgere bene questo servizio.

La prova che essi hanno dato nel periodo di esercizio fa bene sperare per l'avvenire.

Altro servizio di importanza rilevante è quello che si riferisce ai Centri trasfusionali.

L'azione in questo settore in cui viene stimolato lo spirito volontaristico del popolo perchè doni il sangue per i malati bisognevoli, è quanto mai ammirevole: e qui sia permesso al relatore di volgere un elogio alle Infermiere volontarie per l'abnegazione con cui si adoperano per conseguire un buon risultato.

Ma oltre alla Croce rossa italiana lo stesso servizio di raccolta del sangue per trasfusioni svolgono anche altri Enti come

l'A.V.I.S. Per stabilire i rapporti fra questi Enti trasfusionali fu presentata una legge che il Senato approvò dopo una larga discussione: ora detta legge è ferma presso l'altro ramo del Parlamento: perchè non se ne sollecita l'approvazione onde dare a questo settore così importante una posizione giuridica che tutti attendono con il desiderio di fare del bene all'umanità?

Istituto superiore di sanità.

Per l'Istituto superiore di sanità, altro Ente controllato dal Ministero della sanità, l'incremento di assegnazione di fondi dimostra come è sempre vigile l'attenzione del Ministero su questo grande Istituto scientifico che, potenziato validamente dal professor Domenico Marotta che ha lasciato l'Istituto per limiti di età, conserva inalterato il suo primitivo prestigio scientifico svolgendo con ogni impegno e precisione i compiti che gli vengono di volta in volta assegnati. Sotto questo profilo l'Istituto superiore di sanità merita di essere additato all'attenzione del Paese che deve conoscere come esso vigila attentamente sulla sanità dei suoi cittadini.

Dal controllo dei medicinali che a mano a mano, sempre più numerosi, vengono scoperti e immessi nel mercato farmaceutico nazionale, a quello degli accertamenti diagnostici nelle malattie infettive ed epidemiche in cui sia necessario l'accertamento preciso dell'elemento patogeno (virus-bacilli-parassiti), dal controllo delle varie partite dei sieri e vaccini che devono essere immessi nel mercato delle farmacie, al controllo delle sostanze dette additivi, dagli anticrittogamici ai veleni, ai tossici più svariati, l'Istituto superiore di sanità è sempre pronto per gli accertamenti assolvendo il suo compito con grande scrupolo ed esattezza. Esso possiede per lo svolgimento di questa attività gli impianti più moderni e più precisi ed ogni mezzo che sia necessario per svolgere con ogni adeguatezza questa sua alta funzione.

Anche gli uomini che nell'Istituto agiscono sono di primo piano, dal Direttore ai suoi collaboratori fra cui si contano due scienziati premi Nobel. Tutti sono ottimamente

preparati e tutti addetti specialisticamente ai vari rami delle attività di competenza. Questo è lo schema generale organizzato dall'Istituto superiore di sanità italiano che, lo si può dire con orgoglio, non è secondo a nessun altro al mondo.

Ed infatti quando questo Istituto si trova impegnato a rispondere con urgenza ai quesiti che gli vengono posti in relazione a manifestazioni patologiche che si svolgono nel Paese, esso lo fa prontamente e bene: così per esempio quando si tratta di stabilire la natura degli agenti morbosi che colpiscono una collettività: così come quando deve stabilire la efficacia di un medicamento nei confronti di certe azioni terapeutiche, così come quando interviene nel campo delle frodi e delle sofisticazioni alimentari. I suoi compiti sono sempre di estrema delicatezza e difficoltà.

Opera nazionale maternità ed infanzia.

Uno degli enti vigilati dal Ministero della sanità è l'Opera nazionale per la maternità e l'infanzia. Per questo Istituto su cui deve convergere la vigile attenzione del Ministero della sanità e del Parlamento, lo stato di previsione della spesa per il bilancio della Sanità segna anche quest'anno uno stanziamento di 15 miliardi, analogamente a quanto era stato fatto nei due esercizi precedenti.

La somma di 15 miliardi, tenuto presente la somma globale del bilancio del Ministero della sanità, 57 miliardi in tutto, non può non apparire cospicua e anzi si può dire gigantesca proporzionalmente. Ma se si guarda al suo significato assoluto risulta addirittura irrisorio rispetto ai compiti che questa opera deve svolgere nel Paese a beneficio delle madri e dei bambini. Tanto ciò è vero che in varie riprese il Governo è intervenuto con disegni di legge speciali ad integrare il disavanzo che si era venuto a creare: ultima legge quella che porta il n. 3177 che fu approvata nel 1961 e che consentì l'apporto di tre miliardi in tre esercizi successivi. Con tutto ciò anche nel presente esercizio finanziario la somma di 15 miliardi

non è stata modificata. È necessario invece che all'Opera nazionale maternità e infanzia venga rivolta l'attenzione del Ministero della sanità perchè esso rappresenta uno degli strumenti più idonei e ben funzionante che la sanità italiana ha nelle sue mani per diminuire la morbilità e la mortalità infantile in maniera da portarla a quegli stessi indici della Svezia, dei Paesi Bassi e della nuova Zelanda dove l'indice è sceso a 20, 21, 19 per mille mentre da noi è ancora del 40,1 per mille.

È necessario potenziare le case della madre e del fanciullo già esistenti ed è necessario crearne delle nuove se si vuole compiere opera veramente efficace in questo delicato settore della sanità italiana.

Non si può dire certo che il denaro erogato dal Ministero venga speso con larghezza per retribuzione del personale perchè proprio in questi mesi di giugno e luglio vi è stato uno sciopero generale del personale che se pure deprecabile in un ente di così nobile ed umana finalità dimostra peraltro come il denaro viene speso tutto per i bambini e poco per retribuire il personale.

Un fatto ad ogni modo sembra importante ed è quello che si riferisce alla varie volte ravvisata necessità di studiare meglio la struttura statutaria di questo ente che ha bisogno di essere ammodernato nella sua formazione perchè spesso si dimostra pesante ed inadeguato a svolgere certe funzioni. Ma mentre si auspica questo ammodernamento non si può non considerare la opportunità che l'O.N.M.I. deve continuare sempre più e sempre meglio ad esercitare la sua funzione sotto l'egida del Ministero della sanità.

CAP. XXVII.

CENTRI PER MALATTIE SOCIALI

Con decreto del Presidente della Repubblica in data 11 febbraio 1961 sono stati creati i « centri per malattie sociali ». Si tratta di una iniziativa certo molto provvida che dimostra come finalmente vi sia l'intenzione di incrementare questo settore fi-

nora dimenticato e si vuol fare qualche cosa nel campo della medicina preventiva che con la medicina sociale ha diretti rapporti e uguali finalità.

Per il finanziamento di questi centri il bilancio porta uno stanziamento di due miliardi e 170 milioni: una cifra certamente cospicua che attesta la volontà del Ministero di imboccare la strada giusta. Senonchè ad un esame più approfondito della materia si constata che la somma iscritta deriva da altri capitoli di bilancio e cioè dai capitoli n. 64, n. 67 e n. 74 che mettevano a disposizione le somme occorrenti per la lotta contro i tumori, per la lotta contro la tubercolosi e contro le malattie cardioreumatiche.

Non è stato ancora pubblicato il regolamento che detta le norme di funzionamento di questi centri di medicina sociale: quando esso sarà redatto e reso di pubblica ragione allora sarà possibile avere l'idea di come funzioneranno questi centri provinciali di medicina sociale.

Una cosa ad ogni modo è certa ed è che l'organizzazione sanitaria relativa alle malattie tumorali, la tubercolosi e le malattie cardioreumatiche avrà un funzionamento su base provinciale e perderà quella importanza che aveva fino a poco tempo fa quando la lotta alle suddette tre malattie si svolgeva sul piano nazionale.

Questa frammentazione (a meno che nel regolamento non si dica diversamente) non è certamente tale da dare efficacia alla lotta contro queste malattie che richiama per la frequenza e gravità tutta l'attenzione del pubblico.

Per quanto si riferisce ai tumori bisogna fare in modo che l'azione non si svolga limitatamente sul piano della provincia ma che l'apparato, anche se le singole sezioni rimangono appoggiate ai centri di medicina sociale, funzioni come un tutto unico con collegamenti con gli istituti ospedalieri specializzati e con i centri tumorali che, è augurabile, aumentino di numero e siano dislocati anche in altre regioni dell'Italia meridionale e nelle isole Sicilia e Sardegna. Sempre nel campo dei tumori è auspicabile che si facciano presso i centri ospedalieri quei corsi di specializzazione e di perfezio-

namento in oncologia di cui si è parlato, in modo da creare quella schiera di medici capaci e pronti a spingere a fondo la lotta verso l'immane successo. Senza una schiera di medici specialisti non sarà mai possibile quella indagine di massa sui tumori che promette i migliori risultati.

Per quel che ha rapporto con la lotta antitubercolare bisogna tener presente che portare delle modificazioni ad un apparato già largamente collaudato da un esercizio più che trentennale può essere pericoloso. I Consorzi provinciali antitubercolari dal 1927 si sono perfezionati nella loro struttura e nel loro funzionamento. Un progetto di modifica può suscitare allarmi ingiustificati (e li ha suscitati già) da parte del personale in servizio e può nello stesso tempo far perdere in parte al consorzio la sua capacità funzionale.

Forse sarebbe stato utile ed opportuno una trasformazione del consorzio provinciale antitubercolare in consorzio di medicina preventiva per dare ad esso consorzio così trasformato tutti i compiti della medicina preventiva clinica, come il Relatore propose tre anni fa in occasione della istituzione della Società italiana di medicina preventiva e nel 1960 in occasione del convegno tenuto all'E.U.R. presso la sede della Mostra internazionale della sanità dove convennero le maggiori autorità nazionali nel campo della medicina preventiva. Con la immissione nell'ambito del consorzio di medici specialisti in rami diversi da quello del torace, si sarebbe tonicizzato il consorzio provinciale antitubercolare e ci si sarebbe potuto aspettare da esso un contributo che si ha timore che non possa venire dai centri di medicina sociale così come oggi sono stati concepiti. Lo stesso si può dire per le malattie cardioreumatiche per le quali però non vi è ancora un'organizzazione già formata e che ci si augura possa essere formata quando verrà il regolamento dei centri.

Ma prima di chiudere questo argomento sembra opportuno fare delle domande al riguardo:

1) chi sarà a capo di questi Centri che nel loro seno includono i Consorzi provinciali antitubercolari che per legge sono presieduti dal presidente della provincia;

2) come saranno distribuiti i finanziamenti nei confronti delle altre attività della provincia e precisamente della medicina scolastica, malattie veneree, rieducazione degli invalidi civili, studio e lotta contro la sterilità femminile, lotta a certe malattie professionali eccetera.

È auspicabile che il regolamento risponda a questi quesiti e a quanti altri si presenteranno in seguito.

Non si può chiudere l'importante capitolo della medicina sociale senza richiamare anche qui l'attenzione degli organi competenti sul fatto che anche nella lotta contro le malattie sociali devono unirsi al Ministero della sanità e collaborare attivamente con esso tutti gli enti di malattia ai quali compete anche per obbligo l'azione di medicina preventiva e ciò non tanto perchè lo detti lo statuto di essi ma per un interesse economico diretto: e ciò si deve fare in obbedienza ad dettato che dice: « prevenire una malattia costa meno che curarla ».

CAP. XXXVIII

SERVIZI VETERINARI

Occorre intrattenerci brevemente anche sui servizi veterinari dipendenti dal Ministero della sanità. Per quanto concerne la organizzazione alla periferia, dopo la istituzione del Dicastero e, particolarmente, in seguito alla emanazione del decreto presidenziale n. 264 dell'11 febbraio 1961, nel quadro delle leggi delegate, si può ritenere che le difficoltà sorte saranno superate un poco alla volta in modo da dare a questo importante e delicato settore un assetto organico pienamente rispondente ai molteplici compiti che gli sono affidati dalla legge, tanto nel campo igienico-sanitario che in quello specifico zootecnico.

Accenno appena all'attività sanitaria, ben nota e oggi particolarmente importante, nel campo della vigilanza delle carni e degli altri alimenti di origine animale.

Ritengo, invece, necessario esaminare il settore della tutela del patrimonio zootecnico, almeno nei suoi aspetti più direttamente

connessi con la salvaguardia della salute pubblica, già ampiamente oggetto di discussione nei due rami del Parlamento durante il dibattito sul bilancio della Sanità nel decorso anno.

Il problema più urgente da affrontare seriamente è la bonifica sanitaria del bestiame, gravemente colpito da malattie infettive e diffuse quali la tubercolosi, la brucellosi, l'afta epizootica, le mastiti contagiose, specialmente quella streptococcica che rappresenta una vera piaga, l'idatidosi, per non citare che le principali. Anche a costo di ripetere cose già dette, ricorderò che i danni derivanti da queste affezioni morbose sono ingenti: si è calcolato che la perdita annua si aggiri sui 300 miliardi. Senza entrare in dettagli, il relatore si limiterà a rilevare che particolarmente la brucellosi e la tubercolosi bovina costituiscono anche un grave pericolo per la salute dell'uomo. Stando ai dati forniti dagli esperti circa il 10 per cento dei tubercolotici umani e secondo altri il 20 per cento sono in rapporto con la tubercolosi bovina. Basta pensare al costo della cura di questi malati per rendersi conto della gravità del danno sopportato dalla Società e dalla sensibile remora che questo fatto porta nel quadro della lotta antitubercolare.

Ma, oltre a ciò, bisogna valutare anche l'altro aspetto del problema e cioè quello economico, che è strettamente collegato alla attività sanitaria che è di notevole entità solo che si tenga presente che in molte zone il 50 per cento del bestiame è affetto da tubercolosi e da brucellosi.

In questo campo, dobbiamo confessarlo, siamo molto indietro rispetto ad altri Paesi. Ancora oggi nel nostro bilancio sanitario per questi servizi troviamo uno stanziamento di appena un miliardo e 160 milioni, una cifra assolutamente inadeguata e tale da non consentire neppure di impostare una lotta seria contro le malattie infettive e diffuse del bestiame. Ciò emerge chiaramente dal confronto con gli oneri sostenuti da altre nazioni; in Inghilterra, che ha 11 milioni di bovini si spendono all'anno 20 miliardi, soltanto per la profilassi della tubercolosi; in Francia 15 miliardi, nella Germania Occidentale 60, nella Svizzera 4, nell'Austria e

nel Portogallo 2. Noi siamo in coda a tutti, una situazione di così grave carenza crea una netta condizione di inferiorità al nostro Paese nel Mercato comune. La stessa Nato in Italia, ad esempio rifiuta i nostri rifornimenti carnei perchè è al corrente della diffusione della tubercolosi bovina. Molti nostri prodotti caseari inoltre sono rifiutati da altri Paesi per le stesse ragioni causando così gravi danni alla nostra esportazione.

Forse non hanno torto coloro che hanno proposto di impostare un piano di lotta a più ampio respiro, e attuarlo razionalmente e sistematicamente e risolutamente usufruendo dell'alta capacità dei nostri tecnici, ma fino ad oggi paralizzati per la deficienza di mezzi. Ci dovremo, cioè, mettere sulla scia degli Stati Uniti e della Danimarca che hanno compiuto prodigi con i loro piani di profilassi per la tubercolosi e la brucellosi. Questo piano potrebbe essere coordinato con le norme dettate dal « piano verde » che prevede soprattutto la lotta contro la tubercolosi e la brucellosi. Secondo studi di esperti, sarebbero sufficienti 3 miliardi all'anno. Ma anche se fossero inizialmente due, bisogna cominciare a fare qualche cosa. Non possiamo non restare indifferenti o titubanti di fronte ad un quadro così doloroso, che oltre a costituire come abbiamo già rilevato un pericolo per la salute pubblica — particolarmente per il contagio tubercolare — rappresenta un colpo mortale per la nostra agricoltura in cui, non bisogna dimenticarlo, vive ed opera il 30 per cento della popolazione attiva del nostro Paese. Naturalmente, la lotta deve essere condotta sul piano nazionale e non a zone, con il diretto e vigile intervento del Ministero della sanità, in una azione coordinata con il Dicastero dell'agricoltura.

CONCLUSIONI

La brevità del tempo concessa al relatore per redigere questa relazione che è breve ma avrebbe potuto essere molto più lunga e molto più circostanziata, non gli ha permesso ovviamente di affrontare tutti gli innumerevoli argomenti che sono inerenti ad una buona organizzazione della Sanità del

nostro Paese. Se vi fosse stato tempo i problemi appena accennati e appena toccati avrebbero potuto avere maggiore approfondimento e avrebbero potuto essere trattati con maggior copia di argomenti.

Il relatore si è limitato a trattare solo quei pochi argomenti che per la loro importanza e per la loro urgenza richiederanno un'adeguata trattazione.

Mi riferisco alla riforma degli ospedali per i quali è stata chiesta l'istituzione dell'Ente di gestione o la nazionalizzazione e alla risoluzione della questione dei medici ospedalieri che è nettamente e indispensabile legata alla prima. Il tono polemico, in qualche punto forse un po' eccessivo, non ha voluto avere altro significato che quello di richiamare l'attenzione del Senato e del Ministro su questi argomenti che hanno sensibilizzato in maniera forse anche eccessiva l'opinione pubblica. Il Ministro della sanità, per quella sensibilità politica che lo distingue sempre troverà il modo di affrontare queste questioni e risolverle dando al Paese quella tranquillità in un settore molto delicato come è quello della Sanità.

Ma tutto ciò il Ministro potrà fare se sarà riuscito a vincere la resistenza di altri Dicasteri e avrà potuto ottenere quell'allargamento delle competenze che solo permetterà di fare un piano sanitario nazionale.

E su ciò pare non vi siano dubbi dopo la premessa fatta dall'onorevole Fanfani nel suo discorso programmatico pronunciato al Senato nell'atto di presentare il suo Ministero e dopo le affermazioni fatte in varie occasioni dal Ministro della sanità.

E prima di concludere è necessario ricordare che la questione sanitaria interessa i cittadini tanto, o forse più, di quanto non interessino altre questioni.

Quando un malato è respinto da un ospedale per mancanza di letti e muore sulla strada la commozione del pubblico è enorme: e il Governo viene sempre chiamato in causa direttamente e accusato di negligenza anche se fa tutto con ogni impegno e con ogni esattezza.

Noi siamo sicuri che negli organi del Governo non manca la sensibilità e la volontà

di fare e vi sono poi al Ministero della sanità funzionari di grande valore capaci di studiare e risolvere tutti i problemi: ciò rappresenta una sicurezza che non può non risolversi in una tranquillità del Paese. Ed anzi credo di interpretare il sentimento dei colleghi della Commissione inviando ad essi il nostro saluto e il nostro ringraziamento per l'opera attiva che compiono nell'affiancare il Ministro nella trattazione tecnica di tante delicate questioni.

Così ben circondato e fornito di una fine sensibilità politica il Ministro, senatore Jervolino, risolverà i problemi più urgenti della Sanità italiana.

Con questa fiducia, anzi con questa certezza, il relatore rivolge cordiale invito agli onorevoli colleghi perchè approvino senz'altro il bilancio di previsione del Ministero della sanità per l'esercizio finanziario 1962-63.

BONADIES, *relatore*

DISEGNO DI LEGGE**Art. 1.**

È autorizzato il pagamento delle spese ordinarie e straordinarie del Ministero della sanità per l'esercizio finanziario dal 1° luglio 1962 al 30 giugno 1963, in conformità dello stato di previsione annesso alla presente legge.

Art. 2.

Ai sensi dell'articolo 7, n. 1, del testo unico approvato col regio decreto 24 dicembre

1934, n. 2316, è stabilito, per l'esercizio finanziario 1962-63, in lire 15.000.000.000 lo stanziamento relativo all'assegnazione a favore dell'Opera nazionale per la protezione e l'assistenza della maternità e dell'infanzia.

Art. 3.

L'onere a carico dello Stato per l'assistenza e la cura degli infermi poveri recuperabili affetti da postumi di poliomielite anteriore acuta, di cui alla legge 10 giugno 1940, n. 932, è stabilito per l'esercizio 1962-63 in lire 3.080.000.000.